PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT,

WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY: PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

ROCZNIK LIV. — 1915.

TREŚC:

I. Artykuły oryginalne.

II. Oceny i Sprawozdania.

III. Piśmiennictwo bieżące (Streszczenia).

IV. Życiorysy i nekrologi.

V. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie. Kronika.

Alfabetyczny spis rzeczy.

Alfabetyczny spis nazwisk.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Rok LIV. Kraków, w Październiku 1915 Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Od Redakcyi.

Wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego i Czasopisma lekarskiego«, przerwane w roku zeszłym wskutek wypadków wojennych, wznawiamy w zmniejszonym na razie zakresie. Skłoniło nas do tego, pomimo niemałych trudności przedsięwzięcia, stanowisko najpoważniejszych korporacyi i stowarzyszeń lekarskich w kraju, oraz głosy szerokich kół koleżeńskich, wyrażających zgodnie zdanie, że podjęcie wydawnictwa jest potrzebne. Umożliwiła zaś wznowienie wydawnictwa ofiarność koleżeńska, zapewniając na czas pewien potrzebne środki.

Do grona wydawców, które zarówno gorącą zachętą, jak i czynną pomocą, kładzie podstawy do wznowienia ruchu piśmienniczego wśród lekarzy naszych, należą dotychczas następujący koledzy krakowscy: Akerman, Aronsohn, Bier, Blay, Blassberg, Bogdanik, Borowiecki, Bossowski, Braun, Bujwid. Cetnarowski, Ciechanowski, Czyrniański, Dadej, Damski, Dobrowolski, bar. Dormus-Malinowska, Foltyński, Frączkiewicz, Gliński, Godlewski Maryan, Grabczak, Haber, Hirsch Dawid, Hładij, Horoszkiewicz, Hoyer, Jakubowski M. L., Jakubowski A., Janiszewski, Jaworski W., Junger, Kader, Klecki, Kleczkowski, Klęsk, Kluger, Kłosowski, Kon, Korabczyńska, Kostanecki, Kostrzewski, Kramarzyński Adam, Krokiewicz, Krzyszkowski, Krzyształowicz, Landau Jan jun., Latkowski, Leinkram, Lewkowicz, Lustgarten L., Lustgarten Julian, Lustig, Łepkowski, Łobaczewski, Maciąg, Majewicz, Majewski, Markowa, Maziarski, Merunowicz, Momidłowski, Murdzieński, Nowotny, Nitsch, Pieniążek, Piltz, Piotrowski, Pisarski, Radwańska, Rec, Reiss, Rosenhauch, Rosner, Rzegociński, Rychliński, Schlank, Schneider, Schöngut, Schröder, Sędzielowski, Sikorska, Skurczyński, Sokołowska Helena, Sołtysik, Spira, Stroka, Surzycki, Szancenbach, Wachtel sen., Walter, Warzeszkiewicz, Wąsowicz, Weber, Weinsberg, Weissglas, Wernikowski, Wespański, Wicherkiewicz, Wilczyński, Wojciechowski, Wojewski, Ziarko, Zubrzycki.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich uczestniczy czynnie w wznowieniu swego organu, postanawiając zarazem, aby »Przegląd lekarski« wychodził tymczasowo także w zastępstwie »Tygodnika lekarskiego lwowskiego«, a to dopóty, dopóki i ten drugi organ Towarzystwa nie będzie mógł wznowić również swego wydawnictwa.

Na razie wydawać będziemy raz na miesiąc zeszyt w objętości około dwóch arkuszy druku, zmierzając do tego, aby powrócić do wydawnictwa tygodniowego, skoro tylko to będzie możliwe.

Zeszyt, zamykający rocznik 1914, wyjdzie wraz ze spisem rzeczy w niedługim czasie i będzie rozsyłany wszystkim dawnym czytelnikom w miarę nadejścia wiadomości o ich teraźniejszem miejscu pobytu; do wszystkich kolegów zwracamy się z prośbą o nadsyłanie tych wiadomości.

Wszystkich lekarzy polskich zapraszamy jak najgoręcej do współpracownictwa. Niechże bogate doświadczenia, zbierane przez nich wśród krwawego znoju, wśród groźnych niebezpieczeństw zarazy, w nadludzkiej nieraz pracy, w ofiarnem poświęceniu, gromadzą się w zasób piśmienniczy, z któregoby dla dobra społeczeństwa, dla ocalenia tysięcy naszych rodaków czerpał ogół lekarzy naszych, czerpali następcy tych, którzy dziś trwają na najtrudniejszych posterunkach lekarskich. A również niechże nie giną wiadomości o czynach i trudach lekarzy polskich, którzy pod sztandarem najwyższych ideałów, zawsze i wszędzie z hasłem »res sacra miser«, wiodą teraz w najtrudniejszych warunkach bój z nieprzyjaciółmi całej ludzkości, chorobą i cierpieniem, i tylekroć sami padają ofiarą. Zapisujmy ich prace i dzieła do zbioru wspomnień, nietylko, by te szczytne poświęcenia zostały w dziejach medycyny polskiej, ale także, by były ożywczem źródłem dla współczesnych i potomnych, pobudką do przyszłych trudów i przyszłych poświęceń.

O puchlinie głodowej.

Podali

Dr B. Budzyński i K. Chełchowski.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Sosnowcu w dniu 17. lipca 1915.

W ostatnich miesiącach widujemy często w Zagłębiu Dąbrowskiem przypadki puchliny, nie dającej się wytłómaczyć ani cierpieniem nerek, ani narządu krwionośnego lub oddechowego, ani zmianami w innych narządach wewnętrznych. W przypadkach tych puchlina dotyczy nietylko kończyn dolnych, ale również całego ciała; bardzo często zajmuje twarz, zwłaszcza powieki; nieraz daje przesięki do

jam surowiczych (otrzewna, opłucne); naogół najbardziej przypomina puchlinę, towarzyszącą cierpieniom nerek. Przypadki, o których mowa, pochodzą bez wyjątku z uboższej klasy ludności, zwłaszcza z pośród robotników fabrycznych, pozbawionych obecnie zarobku. Klasa ta do niedawna cieszyła się znacznym dobrobytem; teraz od początku wojny musiała przystosować się do daleko gorszych warunków bytu, wyczerpać wszystkie oszczędności, do których zresztą niezawsze dostać się nawet mogła. Następstwem tego, jako też i panującej w Sosnowcu drożyzny, jest niedostateczne i nieodpowiednie odżywianie się całych mas ludności. Wszystko to skłoniło nas do użycia nazwy puchliny głodowej dla omawianych przypadków. Nasze Towarzystwo lekarskie zajmowało się już szerzeniem się w Sosnowcu chorób, które uznać należy za głodowe: hemeralopia (ślepota zmierzchowa), xerosis conjunctivae (zeschnięcie spojówki), ulcus corneae ex inanitione (wrzód rogówki z wyniszczenia), ecthyma (niesztowice), impetigo (liszajec), niezmiernie częste i złośliwe przypadki gruźlicy i zołzów. Puchlina głodowa, która nas tutaj przedewszystkiem zajmuje, wiąże się najczęściej z wymienionych chorób ze ślepotą zmierzchową oraz zeschnięciem spojówki.

O puchlinie głodowej we współczesnem piśmiennictwie lekarskiem niema żadnych prawie wzmianek. I nic dziwnego: w zachodniej Europie klęski głodowej oddawna nie znają. W naszem piśmiennictwie lekarskiem wzmianki o tem, że ludzie puchli po tyfusie, febrze podczas klęski głodowej, powtarzają się w czasie klęskowego dziesięciolecia między rokiem 1846—1855. Neugebauer w 1855 r. opisywał nawet chorobę głodową w sprawozdaniu ze szpitala św. Trójcy w Kaliszu w Pamiętniku W. T. lekarskiego za rok 1855, tom XXXVI, str. 5, 26, 42, 168, 241. Niestety tomu tego nie znaleźliśmy w Sosnowcu, przez co nie mogliśmy porównać opisu Neugebauera z obecnie panującą chorobą. Jeden z nas, przygotowując swą pracę o latach klęskowych w Polsce w r. 1846—1855, przy rozpytywaniu bardzo starych osób, czy z czasów dzieciństwa swego nie pamiętają głodu, słyszał parokrotnie, że ludzie wtedy puchli z głodu. W »Dyagnostyce« Biegańskiego znaleźliśmy wzmiankę o pracy Wagnera »Über die essentielle Wassersucht« w »Deutsch. Arch. f. kl. Med.« z r. 1887, które to cierpienie, być może, miało pewne podobieństwo z puchliną, panującą obecnie w Sosnowcu. I tej pracy nie mogliśmy tu teraz znikąd otrzymać.

Lekarze Zagłębia po raz pierwszy zaczęli zwracać jedni drugim uwagę na puchlinę głodową na posiedzeniu lutowem naszego Towarzystwa, wszakże jeden z nas już w grudniu r. z. widział niewątpliwy przypadek puchliny głodowej, i to z zejściem śmiertelnem. Wśród naszych chorych było kilku takich, u których puchlina znikała i znowu wracała. Ci pierwsze zjawienie się puchliny odnosili do grudnia i stycznia. Prawdopodobnie pierwsze przypadki puchliny głodowej uchodziły w oczach lekarzy za cierpienia nerkowe, tembardziej, że jednocześnie w Sosnowcu panowała płonica. Kol. Hulanicki już w drugiej połowie marca formułował stanowczo swoje poglądy na cierpienia oczne głodowe, a pierwsze przypadki ślepoty zmierzchowej zapisywał w swej księdze chorych już od lutego r. b. Od połowy marca do połowy czerwca puchlina głodowa powtarzała się bardzo często. Koledzy Olszewski i Zahorski w tym okresie czasu na każdem przyjęciu ambulatoryjnem widywali po parę przypadków na ogólną liczbę 100—150 przyjęć ambulatoryjnych. My zajęliśmy się tą chorobą dopiero od 12. maja i od tego czasu mieliśmy sposobność zbadać dokładniej do tej chwili (18. VIII), przeważnie w szpitalach, 55 takich przypadków. Od końca maja nasz »Komitet zdrowia publicznego« zaczął zbierać zawiadomienia lekarskie o puchlinie głodowej oraz ślepocie zmierzchowej. Dodając do powyższych 55 własnych spostrzeżeń zawiadomienia, zgłoszone do K. Z. P., mamy ogólną liczbę 224 przypadków. Od kilku tygodni mamy wrażenie, że liczba przypadków puchliny głodowej zmniejsza się. Daty powyższe zbiegają się z największem natężeniem drożyzny i braku środków spożywczych, które dosięgły szczytu w kwietniu i początkach maja. Jak daleko sięgnęła puchlina głodowa, trudno dziś orzec. Prócz Dąbrowy Górniczej, z której koledzy Starkiewicz i Żołędziowski zebrali każdy po 25 przypadków tej choroby, i to przeważnie ciężkich z wielką śmiertelnością, słyszeliśmy jeszcze o licznych zachorowaniach w Milowicach (kol. Falkowski), Zawierciu (kol. Bartkiewicz), Czeladzi (kol. Kotarski), Grodźcu i Wojkowicach (kol. Kotarski), Niemcach (kol. Puljanowski). W Będzinie kol. Weinzieher jeszcze w początku kwietnia r. b. spostrzegał przypadki śmierci z puchliny głodowej. O puchlinie głodowej w Niwce wspominał kol. Kwiecień jednemu z tutejszych lekarzy. Natomiast w Strzemieszycach (kol. Białostocki), Żychcicach (kol. Kotarski) i Ząbkowicach podobno jej nie widywano, jakkolwiek ślepota zmierzchowa zdarza się i w Strzemieszycach. Jeden z naszych chorych zachorował na puchlinę w Częstochowie, gdzie pozostawał w terminie, chory kol. Perelmana — w Iłży w gub. radomskiej, a więc już daleko poza Zagłębiem Dąbrowskiem.

Z warunków usposabiających do omawianej choroby, płeć na ogół zdaje się nie ma tu większego wpływu. Na 224 przypadki przypada mężczyzn 118, kobiet 106. (Łączymy tu statystykę puchliny głodowej sosnowiecką z 50 przypadkami z Dąbrowy Górniczej, zestawionemi przez kol. Starkiewicza (przeważnie z kopalni Reden i Konstanty) i Żołędziowskiego (przeważnie ze szpitala ś. Barbary przy Tow. franc.-włoskiem kopalń węgla) w jedną całość. Niewielka ta przewaga płci męzkiej wzrośnie, jeżeli uwzględnimy przewagę kobiet nad mężczyznami w ludności Zagłębia wskutek wychodźtwa mężczyzn za zarobkiem. Według spisu ludności w Sosnowcu z końca ubiegłego roku przypadało tu na stu mężczyzn 110,8 kobiet; wśród ludności zaś starszej, niż 14 lat, na stu mężczyzn 117,8 kobiet. Przewaga płci męzkiej uwydatnia się silniej w pierwszym dziesiątku lat życia oraz po 45 latach. W wieku od 11. do 45. roku życia przewaga ta znika, a nawet między 30. a 40. rokiem życia stanowczo częściej chorują kobiety (na 7 mężczyzn 18 kobiet). Możnaby mniemać, że większe zużywanie energii u mężczyzn usposabia ich bardziej do wyniszczenia i związanej z niem puchliny. Natomiast miesiączkowanie, porody i karmienie działają w odwrotnym kierunku — usposabiają raczej kobiety. Uwydatnia to lepiej załączona tablica.

Co się tyczy wieku chorych, to na 224 chorych znaleźliśmy zaledwie dwóch w pierwszym roku życia i to dopiero w ostatnim czasie. Jeden z nich, 10-miesięczny, karmiony był z jednej tylko piersi i dokarmiany sztucznie;

W wieku	Chorowało				Zmarło				% śmierci
	Mężczyzn	Kobiet	Razem		Mężczyzn	Kobiet	Razem		
Do 5 lat życia	48	36	84	111	8	5	13	14	Z 84 w pierwszych 5 latach życia zmarło 13 czyli 15,5 %
6—10	16	11	27		1	—	1		
11—15	3	4	7	11	—	—	—	2	Z 96 między 6. a 45. rokiem życia zmarło 5 czyli 5%
16—20	2	2	4		1	1	2		
21—25	1	1	2	14	—	—	—	1	
26—30	5	7	12		1	—	1		
31—35	3	6	9	25	—	1	1	1	
36 - 40	4	12	16		—	—	—		
41—45	9	10	19	39	—	—	—	3	
46—50	13	7	20		3	—	3		
51—55	7	1	8	14	2	—	2	2	Z 44 po 45. roku życia zmarło 11 czyli 25%
56 - 60	4	2	6		—	—	—		
powyżej 60 l. życia	3	7	10		3	3	6		
Razem	118	106	224		19	10	29		

W	1	r. życia	chorych	2	zmarło	0
»	2	»	»	25	»	1
»	3	»	»	36	»	8
»	4	»	»	12	»	4
»	5	»	»	9	»	0
»	6	»	»	13	»	0
»	7	»	»	2	»	0
»	8	»	»	5	»	1
»	9	»	»	2	»	0
»	10	»	»	5	»	0

o drugim, rocznym, wiadomości nie mieliśmy. W każdym razie zabezpieczenie osesków od puchliny głodowej jaskrawo uderza.

Niemal połowę chorych stanowiły dzieci w wieku od 2 do 10 lat (109 na 224), zwłaszcza w drugim i trzecim roku życia (61 przypadków). Przejście więc od karmienia piersią do zwykłego pożywienia jest najniebezpieczniejsze. Przewagę trzeciego roku życia nad drugim tłómaczyć może ta okoliczność, że w ubogiej klasie ludności karmienie u nas przeciąga się bardzo długo, tembardziej teraz wobec braku mleka krowiego. Jeżeli uwzględnimy, że w niedawno dokonanym spisie ludności Sosnowca znaleziono w Sosnowcu 38% dzieci do lat 14, że kuchnia dobroczynna przy fabryce Huldczyńskiego w drugiej połowie maja między stołownikami swoimi miała 33% dzieci w wymienionym wieku, kuchnia zaś przy kościółku w ciągu kilku dni miała stołowników dzieci w tym samym wieku 36·3%, to 50% dzieci, i to tylko do lat 10, pomiędzy chorymi na puchlinę głodową świadczyć będzie stanowczo o jakiemś szczególnem usposobieniu do niej wieku dziecięcego. Natomiast wiek od 11 do 30 lat życia dostarczył nam tylko 25 przypadków. Zwłaszcza wiek między 12. a 27. rokiem życia wydaje się względnie bezpieczniejszym: 10 zachorowań zaledwie. Dodać może powinniśmy, że unikaliśmy wciągania do naszych spostrzeżeń osób w późniejszym wieku, u których przyczyny puchliny mogą być bardzo różne i łatwo w tym względzie o pomyłkę, chociażby np. tylko ze względu na stwardnienie tętnic sercowych, nerkowych, nowotwory i t. p. sprawy. Pomimo tego w wieku od 46. do 53. lat mamy znowu liczne spostrzeżenia, bo 27 przypadków.

W dwóch przypadkach widzieliśmy puchlinę głodową, powstałą po porodzie, w dwóch innych po długotrwałem karmieniu (przez 2 lata i 2 miesiące w jednym, przez 1½ roku w drugim). W jednym przypadku widzieliśmy puchlinę kończyn dolnych, które przed kilku laty uległy ciężkiemu stłuczeniu, ale dotąd nigdy nie brzękły. Podobny zupełnie przypadek, w którym z początku choroby puchła jedna tylko, silnie uszkodzona przed laty noga, podał kol. Żołędziowski. W przypadku kol. Starkiewicza puchlina zaczęła się od nogi, która uległa bezwładowi podczas porażenia dziecięcego (choroby Heine-Medina).

Jeden z naszych chorych po raz trzeci w swem życiu zapadł na chorobę głodową: przed kilkunastu laty w wojsku we Władywostoku cierpiał przez kilka tygodni na ślepotę zmierzchową, ale zajęć wojskowych z tego powodu nie przerywał; podczas wojny japońskiej leżał przez parę miesięcy wskutek gnilca (skorbutu, czyli t. zw. »cyngi«). Obecnie zapadł na puchlinę głodową mimo nawet nienajgorszego żywienia się.

Puchlinę głodową po chorobach zakaźnych (odrze, ospie, durze, krztuścu) widywaliśmy, ale nie często. Na przypadek po płonicy nie trafiliśmy ani razu. O jakiemś szczególnem usposobieniu do puchliny osób, dotkniętych gruźlicą, zołzami, czy też krzywicą, nic nie możemy powiedzieć. Co prawda, unikaliśmy rozmyślnie, w początkach mianowicie naszej pracy, wszelkich przypadków powikłanych. Co zdaje się niewątpliwie usposabiać do puchliny głodowej, to biegunka dłużej trwająca, zapewne przez to, że upośledza przyswajanie pokarmów, i bez tego już niedostatecznych. A mamy tu na myśli nietylko tę biegunkę, która na jeden lub kilka tygodni poprzedza zjawienie się puchliny głodowej i tak ściśle się z nią wiąże, że niemal należy do jej obrazu klinicznego, ale i wszelkie dłużej trwające biegunki w odleglejszych nawet wywiadach, zakończone nawet wyzdrowieniem.

Występowanie puchliny głodowej rodzinne — u paru lub kilku członków tej samej rodziny — powtarza się stosunkowo często. Z własnych spostrzeżeń widzieliśmy to w 8 rodzinach, kol. Starkiewicz w Dąbrowie w 7 rodzinach (u 15 chorych na 25), kol. Żołędziowski w jednej. Gdyby sądzić po nazwiskach, należałoby tu dodać jeszcze 10 rodzin w Sosnowcu z pośród spisanych dla Komitetu zdrowia publicznego przypadków, o które dziś trudno już dopytać, czy należały do tych samych rodzin. (Obok nazwisk

pospolitych, jak Nowak, Czarnecki, Wójcik, Krawczyk, nastręczających wątpliwości, czy noszące je osoby należały do tej samej rodziny, mamy tu i nazwiska rzadsze: Torbus, Sabat, Lubański, Bryś, Zmorzytka, Szeroń. Członkowie tej samej rodziny zachorowywali zwykle razem, albo jeden po drugim — podczas choroby drugiego lub po jego wyzdrowieniu, czy śmierci; wyjątkowo zachorowania takie były oddzielone długą, kilkomiesięczną przerwą. Ze swoich spostrzeżeń 7 razy stwierdziliśmy ślepotę zmierzchową w rodzinie chorego na puchlinę, czasem u wszystkich członków tej rodziny. Często wreszcie powtarzała się biegunka u wszystkich lub niektórych członków rodziny chorego.

Wśród starozakonnych długo nie spotykaliśmy żadnego przypadku puchliny głodowej, co potwierdzali i inni koledzy. I ślepota zmierzchowa zdarza się u nich bez porównania rzadziej. Wiązaliśmy to z przepisami kuchni rytualnej żydowskiej, inni koledzy — z lepszem odżywianiem się żydów. W ostatnich dopiero tygodniach spotkaliśmy trzy przypadki puchliny głodowej wśród żydów (jeden kol. Perelmana, dwa własne). Wśród swoich chorych mieliśmy ewangielika, prawosławnego, maryawitę.

171 chrześcian w Sosnowcu z puchliną głodową, zapisanych przez nas w ciągu 3 miesięcy na niespełna 40 tysięcy ludności chrześciańskiej, znalezionej w Sosnowcu w końcu r. 1914, jest to stosunek, dający pewną miarę rozpowszechnienia opisywanej tu przez nas choroby.

Jeżeli wiek, płeć, porody i t. p. mogą mieć co najwyżej znaczenie warunków usposabiających, to inaczej mają się rzeczy z głodem. Ten gra rolę stanowczej przyczyny w powstawaniu puchliny. O stopniu i rozmiarach nędzy w Sosnowcu świadczą choćby następujące liczby: Ludność Sosnowca wskutek braku pracy i wychodźtwa za zarobkiem zmniejszyła się w końcu r. 1914 ze 115 do 50 tysięcy, w tem 40.000 chrześcian. Z tych 40.000 chrześcian żywiło się w kuchniach dobroczynnych do 20.000. W 5 kuchniach dobroczynnych miejskich (nie licząc fabrycznych) wydawano zup obiadowych z każdym miesiącem coraz to więcej, począwszy od 861 w sierpniu 1914 do 12 692 w kwietniu r. b.

Za najczulszą jednak miarę niedostatku i głodu w Sosnowcu, zdaniem naszem uznać należy nie klientelę bezpłatną kuchni dobroczynnych, która wciąż wzrastała, ale stołowników płatnych, t. j. ludzi, którzy nie chcą żebrać, nie chcą wyzyskiwać dobroczynności, chcą tylko za swoje pieniądze wyżywić się jak najtaniej. Dane o nich mamy z kuchni przy kościółku od p. Waśniewskiej.

Liczba tych płatnych stołowników, płacących 5 kop. za obiad, t. j. zupę z chlebem, do końca r. 1914 była bardzo mała, liczyć ich można było zaledwie na dziesiątki (w sierpniu średnio 36 dziennie, we wrześniu 33,5, w październiku 31, w listopadzie 17, w grudniu do wigilii świąt Boż. Nar. 13). Widocznie przez te miesiące ludzie mieli jeszcze zapasy żywności lub pieniężne. Od świąt Boż. Nar. rzeczy się zmieniają, liczba stołowników płatnych wzrasta szybko, i to coraz bardziej, aż do kwietnia; zmniejsza się wprawdzie w maju i czerwcu, ale trzyma się jeszcze wysoko aż do 10. czerwca [w ostatnim tygodniu grudnia 57 obiadów, w styczniu 135, w lutym 289, w marcu 417 (w pierwszych 17 dniach miesiąca 362, w ostatnich 2 tygodniach 483), w kwietniu 1242 (w pierwszych 8 dniach 589, w ostatnich 22 dniach 1480), w maju 874 (od 3. do 6. V. 1255,5; od 22. do 24. V. 1063), w czerwcu 570 (w pierwszych 10 dniach 1053,5 przez resztę miesiąca 328 obiadów)].

Zgodność tych liczb (obiadów dobroczynnych płatnych) ze śmiertelnością w Sosnowcu jest wprost zastanawiająca, jak to widać z poniższego zestawienia:

	W 5 ostatnich miesiącach 1914 r.	W styczniu 1915 r.	W lutym	W marcu	W kwietniu	W maju	W czerwcu	W lipcu
Liczba obiadów płatnych w kuchni przy kościółku	26·75	135	289	417	1242	874	570	—
Liczba śmierci miesięczna w parafiach katolickich w Sosnowcu	88 6	91	131	164	170	126	136	185

(Zgodnie z powyższem i przewaga śmierci nad urodzeniami zaczęła się w Sosnowcu dopiero w styczniu, a dosięgła w marcu stosunku 182·2 śmierci na 100 urodzeń, w lipcu zaś 253·4 śmierci na 100 urodzeń. Liczba urodzeń średnia miesięczna z 223 (przed wojną) spadła do 73 (w lipcu). Przewagi chłopców nad dziewczętami wśród noworodków, zwykłej w czasie wojny, nie widać tu dotąd).

Pierwsze impulsy do wzrostu liczby obiadów płatnych datują się od wigilii Boż. Nar. i od 18. marca, zapewne w związku z przedświątecznem wyśrubowywaniem cen środków spożywczych. W kwietniu zbiegają się: i najwyższa liczba obiadów płatnych, i najwyższa śmiertelność w Sosnowcu, i szczyt grasowania chorób głodowych. D. 25. IV liczba obiadów płatnych podskoczyła do 2534, liczby dwa razy wyższej od najwyższej średniej miesięcznej.

Za miarę głodu i niedostatku możnaby wreszcie poczytywać wahania liczby obiadów dobroczynnych w niedziele i święta. W dni te każdy pragnąłby zapewnić swoim lepszy nieco posiłek i szukać go będzie dla samej odmiany raczej na targu, dopóki głód i drożyzna nie przekroczą pewnego szczytu, w najgorszych zaś czasach trzymać się będzie kuchni dobroczynnej.

I tu widzimy wielką różnicę w roku 1914 i w pierwszych 4 miesiącach r. 1915. Na 25 dni świątecznych w r. 1914 liczba obiadów w 3 dniach tylko wzrastała nieznacznie, w 22 zaś dniach wyraźnie się zmniejszała. W r. 1915 od stycznia do kwietnia włącznie rzeczy się zmieniły: z 22 dni świątecznych w 13 dniach liczba obiadów wzrastała, w 8 dniach tylko zmniejszała się. Dotyczy to zwłaszcza obiadów płatnych: lepszego obiadu w święto za swoje pieniądze ludność szuka — w kuchni dobroczynnej.

Daje to poniekąd miarę opinii, jaką wyrobiły sobie wśród głodnej ludności kuchnie dobroczynne. A nie trzeba przytem zapominać, że w pierwszych miesiącach wojny kuchnie te były lepiej zaopatrzone i hojniejsze, niż później. Kuchnia np. przy kościółku miała i wydawała na razie ryż, groch, fasolę, ogórki, smalec, a nawet śliwki, odrobiny kiełbasy, masła, ale wtedy właśnie stołowników liczyła nie nazbyt wielu. Stopniowo pokarmy te z kuchni znikają, jedne

na stałe, inne na czas dłuższy, natomiast liczba stołowników wciąż rośnie i rośnie. W okresie wreszcie największej frekwencyi, nawet i kaszę i mąkę wydziela się w zmniejszonej ilości; dostarczyć stołownikom ziemniaków i chleba staje się głównem zadaniem kuchni.

Dużo się słyszy i nawet czyta o wyzyskiwaniu dobroczynności przez stołowników, nie zasługujących na wsparcie, nie potrzebujących posiłku z dobroczynności. Ani nasza jednak osobista obserwacya, ani dokładniejsze wniknięcie w cyfry, nie potwierdzają tych podejrzeń. Widzieliśmy ludzi, którzy przyznawali się nam sami do przestępstwa zjadania obiadów z dwóch kuchni dobroczynnych, ale mimo tego chorowali na puchlinę głodową. Póki nie było nędzy, ogólna liczba stołowników kuchni dobroczynnych była względnie nizka; od 3. listopada zaczyna się ciągły jej wzrost; wzrastała w miarę wzrostu nędzy; od 11. VI z nastaniem cieplejszej pory i ze zjawieniem się nowych źródeł zarobku liczba obiadów spada.

Niemal wszyscy nasi chorzy, dotknięci puchliną głodową, nie jedli już mięsa od paru czy kilku miesięcy, czy też, co najczęściej, od początku wojny. Nawet podczas świąt Wielkanocnych, kiedy przecież przygotowywanie święconego uważane jest u nas niemal za obowiązek religijny, chorzy nasi ani mięsa, ani jaj w domu nie mieli, albo też mieli jaja w stosunku jednego na 2 osoby, mięso w ilości $^1/_2$ do 1 funta na całą rodzinę. Wszyscy nasi chorzy obywali się bez masła i niemal bez mleka, a znaczna ich większość i bez słoniny; niektórzy posługiwali się łojem wołowym okołonerkowym, który w zwykłych czasach nie bywał u nas w użyciu. Mleka w zimie nie mogły dostać nawet zamożne rodziny. Najgorzej żywiący się chorzy opowiadali, że i rano i wieczorem jedzą ziemniaki bez okrasy z wodą soloną, albo też, że połowę zupy, otrzymywanej z dobroczynności, zostawiają sobie na wieczerzę; niektórzy wieczerzy wcale nie jadali, tylko śniadanie i zupę obiadową. Chleb zaś jadali bynajmniej nie codziennie. Lepsze już było położenie tych, którzy, mając zapasy kapusty lub trochę mąki, mogli spożywać kupione kartofle z żurem lub kapuśniakiem, którzy jadali chleb codziennie i przy każdym z trzech posiłków, którzy pijali czarną kawę z cukrem, często nawet w nadmiernej ilości, po kilka szklanek dziennie na głowę, nie wyłączając od tego nawet i drobnych dzieci. Szczęśliwsi już byli ci, co od czasu do czasu kupowali trochę łoju wołowego, słoniny, kaszy i mąki, a niekiedy nawet i mleka, gdy chodziło o niemowlęta, nie mające dość pokarmu w piersi matczynej lub dopiero co odstawione od piersi. O spożywaniu innych pokarmów przez naszych chorych poza zupą, jeszcze wydawaną w kuchniach dobroczynnych, i śledziami w poście, nie słyszeliśmy od nich nigdy. Wspomnieć jednak musimy, że widzieliśmy sami jedno dziecko, jednego chłopca (terminatora) i jednego dorosłego, a słyszeliśmy od kolegów o 2 takich dzieciach, których rodziny żywiły się względnie lepiej, — słoninę kupowały regularnie, i to w większych ilościach, mięso nawet jadały kiedy niekiedy, wydawały na swe utrzymanie 30 i więcej rubli miesięcznie. Mimo to jednak puchlina głodowa zjawiała się nawet i w takich rodzinach. Przypadki takie kazałyby przypuszczać, że może nie tyle brak pożywienia jest przyczyną choroby, ile jakość pokarmów (zepsute kartofle n. p.). Może wreszcie chorobliwy stan przewodu pokarmowego nie pozwala mu wyzyskać pożywienia, od biedy nawet wystarczającego, w należyty sposób.

Większość chorych naszych, jak już wspominaliśmy, bynajmniej nie należąca do proletaryatu, naogół o głodzie sama nie mówiła, albo nawet wręcz odpowiadała przecząco na pytanie, czy cierpi głód. Rzecby można, że wstydzili się przyznać do niedostatku, graniczącego z głodem. Dopiero szczegółowe wypytywanie o sposób żywienia się wykazywało nam prawdę w całej nagości. Młody chłopiec na pytanie o głód, upewniał, że głodu wcale nie cierpi, że nawet przecież nie może zjeść wszystkich kartofli, które mu dają, a czasami tak się ich naje, że aż potem wymiotuje. Inny połowę porcyi, otrzymywanej z kuchni dobroczynnej, oddawał głodniejszym od siebie. Inni jeszcze odpowiadali, że do kapuśniaku, lub żuru, lub kartofli, lub zupy z dobroczynności mają nawet odrazę, głodu więc nie cierpią. Oczywiście chorzy nasi mieszali pojęcia głodu — sensacyi wewnętrznej i głodu — braku pożywienia.

Od niektórych chorych zebraliśmy dane, dotyczące ilości spożywanych przez nich pokarmów.

1) 42-letniego P. zaliczaliśmy do wyjątków, które mimo niezłego żywienia się zapadły na puchlinę. Na głód się nie uskarżał i nie miał widocznego powodu do udzielania fałszywych danych o swem pożywieniu. Na utrzymanie domu wydawał codziennie rubla, nadto z oszczędności wydał 50 rb. w ciągu ubiegłego roku. Od początku wojny do 1. VIII. 1915 zjedli z żoną $4^1/_2$ korca ziemniaków, 2 kopy kapusty, prócz których dokupili jej 20 fnt. Co 2 dni kupowali bochenek chleba 4-funtowy; co 2 tygodnie kupowali: 2 fnt. kaszy, 5 fnt. mąki, 1 fnt. słoniny; co tydzień: 1 fnt. mięsa; w poście co 2 tyg. 5 śledzi; ryżu na cały rok 15 fnt.

Przerachowane na głowę i dobę, czyni to:

	Gramów	białka	tłuszczów	węglowodanów
Chleba	410	24·8	1·64	211
Ziemniaków	619	12·3	0·93	129
Kapusty	278	5·3	0·56	14
Mąki	73·1	7·0	1·05	54
Kaszy	29·3	2·7	0·52	22
Ryżu	8·5	0·7	0·06	7
Słoniny	14·65	—	10·7	—
Mięsa	29·3	6·2	1·58	—
Śledzi	5·8	1·1	0·98	—
Razem		60·1	17·92	437

Na odpadki z kapusty odliczaliśmy $^1/_5$ wagi, ze śledzi $^1/_3$ wagi, na obierzyny z ziemniaków $^1/_6$ ich wagi. Skład chemiczny obliczaliśmy według Königa, nie strącając wcale składników nieprzyswajalnych.

Ilości te, mianowicie białka i tłuszczów, są znacznie niższe od znanych norm, wypracowanych przez Voita i Pettenkoffera. Niższe jeszcze o wiele okażą się one, jeżeli uwzględnimy, że co najmniej $^1/_4$, a zapewne $^1/_3$ podanego tu białka i dość znaczną część tłuszczów trzeba odrzucić, jako nieprzyswajalne. (I w tym przykładzie i w przytoczonych niżej skład pokarmów umyślnie podaliśmy w całości, nie odtrącając zeń odsetki nieprzyswajalnej białka, tłuszczów i wodanów węgla. Odsetka ta bowiem tak jest zmienna, tak zależna od rodzaju pożywienia, sposobu przyrządzania pokarmów, kombinowania ich ze sobą, wreszcie od stanu przewodu pokarmowego, że traktować ją w rachunku jako coś stałego, obliczalnego, wydawało się nam błędem).

W ostatnich czasach po pracach Hirschfelda, Klemperera, Kumagawy, Sivena, a zwłaszcza Chittendena, powstał

pogląd, zyskujący sobie coraz więcej miru i zwolenników, że normy pożywienia Voita i Pettenkoffera są za wysokie, że spożywamy za wiele białka i tłuszczów, że ilość ich można zmniejszyć nawet o połowę bez szkody, a raczej z pożytkiem dla zdrowia nawet u osób, oddających się sportom (doświadczenia Chittendena nad grupą studentów) [1]. Poglądy te i doświadczenia trzeba przyjmować z wielkim krytycyzmem jako dążenie do oznaczenia minimów fizyologicznych odżywiania i do wyszukiwania ludzi, znoszących bez szkody te minima. Ilości składników pokarmowych, spożywanych przez naszego chorego, zbliżają się bardzo do podanych przez Chittendena. Że można przytem wyżyć nawet w pozornie dobrem zdrowiu, dowodzi tego przykład żony naszego chorego; że można jednak i zapaść na chorobę głodową, świadczy przykład samego chorego. Z pomiędzy dziesiątków tysięcy ludzi, cierpiących głód w Sosnowcu, na choroby głodowe zapadła względnie mała tylko odsetka. I do doświadczeń Chittendena zgłaszali się niewątpliwie wyjątkowi tylko studenci, którzy wiedzieli o sobie, że mogą poprzestać na bardzo skromnem pożywieniu; i z tych wyjątków jednak połowa wkrótce się wycofała, jak to podaje sam Chittenden. Minimów i norm fizyologicznych pożywienia nie można uważać za jedno.

Przytaczamy z kolei dane, dotyczące 3 chorych, którzy nie korzystali z kuchni dobroczynych, ale żywili się niedostatecznie:

2) 31-letni S. przebywał ślepotę zmierzchową i puchlinę głodową; jedno dziecko puchnie z białka w moczu; choroby serca nie ma. Z żoną i dziećmi: 6, 3½ i 1½-rocznem (liczymy ich za 3 dorosłe osoby) zjedli od października do końca czerwca 7½ korcy ziemniaków. Kupują codziennie 4 fnt. chleba; co miesiąc zaś: mąki 26 fnt., kaszy 10 fnt. (nadto 20 fnt. kaszy na całą zimę), cukru 10 fnt., soli 4 fnt., łoju wołowego 2 fnt.; nadto kilka razy w ciągu roku po pół funta »masła roślinnego«. Kapusty nie mieli

Przerachowane na dobę i na głowę dorosłego, czyni to:

	Gramów	białka	tłuszczów	węglowodanów
Chleba	547	33	2·2	282
Ziemniaków	892	17·8	1·3	186
Mąki	118	11·4	1·7	87
Kaszy	56	5·1	0·8	42
Cukru	45·5	—	—	43
Łoju wołowego	4·7	0·2	4·5	—
Masła	1·2		1·0	
Soli	18·0			
Razem		67·5	11·5	640

3) 48-letni B. z żoną i 4-letnią córką przebywali wszyscy ślepotę zmierzchową; sam B. i puchlinę głodową. Kupują: 6 fnt. chleba na 2 dni, 2 garnce ziemniaków codziennie, ¼ fnt. słoniny na tydzień (liczymy ich za 2½ dorosłych). Innych pokarmów nie mają i nie kupują. Czyni to na dobę i na głowę dorosłego: 2886 ziemniaków, 492·0 chleba i 5·9 słoniny, czyli: 77·7 białka, 9·88 tłuszczów i 760 węglowodanów.

4) 49-letnia H., dotknięta puchliną głodową, z mężem, dorosłą córką i dzieckiem jej przy piersi (liczymy ich za 3 dorosłe osoby), prócz kawy, cukru i kapusty, której starczyło do W. Nocy, dokupywała na tydzień 2 pudy ziemniaków, 4 fnt. chleba, 2 fnt. kaszy, ½ fnt. słoniny. Czyni to na dobę i głowę:

	Gramów	białka	tłuszczów	węglowodanów
Ziemniaków	1250	24·8	1·9	261
Chleba	78·1	4·7	0·3	40
Kaszy	39·05	3·6	0·6	29
Słoniny	9·8	—	7·1	
Razem		33·1	9·9	330

Przytaczamy z kolei cztery rodziny, które otrzymywały zupę z kuchni dobroczynnych:

5) Dz. (mąż, żona, 15-, 13-, 7- i 2½-letnie dzieci; liczymy ich za 5 osób dorosłych). Puchnie najmłodsze dziecko, matka ma ślepotę zmierzchową. Dokupują co tydzień: chleba 6 fnt., łoju wołowego ½ fnt., cukru 2 fnt., soli 1 fnt.; co 2 tygodnie: 120 fnt. ziemniaków, 6 fnt. mąki. Nadto mieli kapustę do zapust, w poście — śledzie. Czyni to na dobę i dorosłego:

	Gramów	białka	tłuszczów	węglowodanów
Chleba	70·3	4·2	0·3	36·1
Ziemniaków	527	10·5	0·8	110·0
Mąki	35·1	3·4	0·5	25·8
Cukru	23·4	—	—	22·2
Łoju wołowego	5·9		5·8	
Soli	11·7			
Razem		18·1	7·4	194·1

Ziemniaków na odpadki i obierzyny odliczali ¼ wagi.

6) R. (mąż, żona i sześcioro dzieci, z których dwoje puchnie, jedno cierpi na ślepotę zmierzchową; liczymy ich za 5 dorosłych). Prócz zupy z fabryki i śledzi w poście dokupują codziennie garniec ziemniaków i 3 fnt. chleba; innych pokarmów nie mają. Przerachowane na dobę i głowę dorosłą, czyni to: 246·0 gramów chleba i 602 gr. ziemniaków, czyli: 26·9 białka, 1·9 tłuszczów, 253·0 węglowodanów.

7) B. (mąż, żona i pięcioro dzieci; liczymy ich za 4 dorosłych). Dokupują codziennie 6 fnt. ziemniaków, 3 fnt. chleba, ½ fnt. cukru. Czyni to na dobę i głowę dorosłą: ziemniaków 512·0 gramów, chleba 307·5, cukru 51·25, czyli: 29·2 białka, 2·12 tłuszczów, 315 węglowodanów.

8) 46-letni B. z chłopcem (liczymy ich za 1½ dorosłego), chorował po raz drugi na puchlinę głodową i zmarł z niej. Dokupywał tylko 6 fnt. ziemniaków dziennie, co czyni na dobę i dorosłą głowę 1366 gramów ziemniaków, czyli: 27·0 białka, 2·1 tłuszczów, 285 węglowodanów [1]).

Interesującem może będzie przytoczyć ilość produktów spożywczych, zużywanych na zupę, wydawaną w kuchniach dobroczynnych w Sosnowcu. Dane odnośne otrzymaliśmy z kuchni miejskiej przy kościółku za miesiąc kwiecień i z kuchni fabrycznej Huldczyńskiego za dwa ostatnie tygodnie maja. Na jedną porcyę zupy dla dorosłego (litrową) wypada gramów:

	W kuchni miejskiej	w kuchni Huldcz.
Chleba	179·7	182·7
Ziemniaków	206·5	168·1
Mąki	18·8	18·86

[1]) Poglądy te przytaczamy według Fizyologii L. Lucianiego (przekład niemiecki: Physiologie des Menschen 1911, tom IV, str. 518—526).

[1]) W odczycie naszym w Towarzystwie lek. w Sosnowcu wskutek pewnych niedokładności, które się wkradły do naszych obliczeń, podaliśmy cyfry nieco odmienne. Po sprawdzeniu rachunku prostujemy je tutaj.

	W kuchni miejskiej	w kuchni Huldcz
Kaszy	6·4	16·87
Ryżu	0·23	3·23
Grochu	—	3·38
Cukru	8·66	4·6
Kapusty	2·9	15·95
Cebuli	3·65	3·99
Mięsa wołowego	0·58	—
Kiełbasy	0·12	—
Śledzi	0·11	—
Słoniny wędzonej	1·21	1·88
Margaryny	—	1·65
Mleka	—	3·0
Soli	4·29	

Czyni to:

białka	17·4	19·17
tłuszczów	2·45	4·7
węglowodanów	162·3	165·55
ciepłostek	759·6	802

Nawet gdyby zupę obiadową uważać za $^1/_3$ dziennego pożywienia, i wtedy jeszcze pożywienie całodzienne byłoby niedostateczne, mianowicie pod względem tłuszczów i białka.

Zachodziłoby pytanie, jaki brak w odżywianiu uznać za przyczynę puchliny głodowej. A priori wydawałoby się, że najprędzej może brak tłuszczu. Pożywienie naszego ludu zawiera niezmiernie mało tłuszczu i lud nasz wartość swego pokarmu uzależnia głównie od tego, czy dobrze jest okraszony. Ślepotę zmierzchową lekarze, którzy praktykowali w Rosyi (w Sosnowcu kol. Hulanicki), widywali tam podczas wielkiego postu, który w Rosyi przestrzegany jest niezmiernie surowo z wyłączeniem wszelkiej okrasy — masła, słoniny, oleju. Mimowoli więc chciałoby się łączyć i ślepotę zmierzchową i puchlinę głodową z brakiem tłuszczu w pożywieniu. W tym duchu wypowiadał swój pogląd kol. Weinzieher, powołując się na doniosłe znaczenie lipoidów w patologii, jeszcze przed naszym odczytem. Wspominaliśmy już jednak, że w paru wyjątkowych naszych przypadkach zapadały na puchlinę głodową osoby, otrzymujące tłuszcze, jeżeli nie w dostatecznej, to w blizkiej tego ilości.

Brak mięsa mniej jeszcze możnaby winić, niż brak tłuszczu. Setki milionów ludzi na ziemi mięsa prawie wcale, lub wcale nie jada bez złych następstw dla swego zdrowia. Nasi robotnicy fabryczni pochodzą przeważnie ze wsi i do mięsnego pożywienia bynajmniej jeszcze nie przywykli. Bardziej już byłoby można winić brak innych pokarmów zwierzęcych, od których ludność nasza jeszcze nie odwykła. Mamy tu na myśli przedewszystkiem mleko, zwłaszcza u dzieci, a dalej ser, jaja, masło. Pokarmy te stały się dziś w Sosnowcu czemś niemal zbytkownem, zwłaszcza mleko krowie i masło. Fakt jednak, że puchlinę głodową u żydów wyjątkowo tylko widywaliśmy, zwracał naszą uwagę na wieprzowinę. Badanie drobnowidowe próbek mięsa wieprzowego i słoniny z kilku transportów do kuchni dobroczynnych nie wykryło ani włośni (trychin), ani wągrów. (Korzystaliśmy przytem z trychinoskopu, łaskawie użyczonego nam przez miejscowego weterynarza p. Lipskiego). Inne choroby świń (róża, pomór, choroba pyska i racic) nie udzielają się ludziom; mięso takich świń nie jest szkodliwe, uchodzi tylko za mniej wartościowe. Wobec niezmiernie małej ilości wieprzowiny, spożywanej przez uboższe klasy, wobec braku przypadków puchliny głodowej wśród zamożniejszych, z góry już można było wyłączyć znaczenie przyczynowe wieprzowiny.

Pozostawałoby więc szukać przyczyny złego w zmienionej jakości pokarmów, stanowiących główną podstawę pożywienia cierpiącej głód ludności. Mogłyby to być n. p. ziemniaki zgniłe, albo, ogólnie wyrażając się, zepsute. Komitet żywnościowy w Sosnowcu otrzymywał ziemniaki w wagonach odkrytych w zimie, w znacznej części przemarznięte. Ziemniaki takie bardzo szybko gniją. Już sam komitet z miejsca odrzucał 18% zgniłych ziemniaków, a nadmarznięte oddawał bezpłatnie kuchniom dobroczynnom. Wobec drożyzny ziemniaków, a czasami dłuższego ich braku, ludność z pewnością była mniej wybredna przy ich przebieraniu. Jedna z naszych chorych narzekała, że z kupionych ziemniaków na obierzyny i nieużytki musi odrzucać $^1/_4$ wagi, a więc daleko więcej niż zwykle, z powodu mnóstwa ziemniaków ciemnych i siwych. Nawet i zamożniejsze osoby w obecnych ziemniakach, spożywanych teraz przez siebie, codziennie znajdują części ciemniejsze, mało nawet różniące się w smaku. Być może, że warstwy uboższe, kupując ziemniaki, otrzymują między niemi więcej nadpsutych, niż zamożniejsi i nie odrzucają ich, jak ta kobieta, o której wspominaliśmy. Być może, że niedość starannie czyszczone łupiny z ziemniaków, dodawane do chleba lub spożywane wprost przez głodnych, wpływają szkodliwie na zdrowie. I w stęchłej mące lub zafałszowaniach chleba, czy też mąki, mogłaby kryć się szkodliwość, która wywołuje naszą chorobę. Nie mamy wprawdzie żadnych danych do wniosków w tym względzie, ale bylibyśmy skłonni upatrywać winę złego raczej w ziemniakach, niż w chlebie, chociażby już ze względu na spożywanie ich w daleko większej ilości. W r. 1847 Niemirowicz w Tygodniku lek. (str. 85) stawiał w związku czerwonkę ze spożywaniem zepsutych ziemniaków, dotkniętych wówczas zarazą.

W obrazie klinicznym choroby wpadają w oczy przedewszystkiem następujące wspólne cechy: puchlina, osłabienie mięśniowe, wyniszczenie ogólne, zaburzenia w czynnościach przewodu pokarmowego, przygnębienie psychiczne, osłabienie wzroku i słuchu, zanik popędu płciowego, zmiany we krwi i moczu.

Puchlina, jak to wyżej wspominaliśmy, najbardziej przypomina obrzęki, towarzyszące cierpieniom nerkowym. Jakkolwiek zazwyczaj puchlina zaczyna się od kończyn dolnych, mianowicie stóp, a czasami tylko do nich się ogranicza, to jednak najczęściej widać ją na całem ciele (kończyny górne, krzyż, narządy płciowe zewnętrzne), zwłaszcza zaś na twarzy, a mianowicie na powiekach. Niejednokrotnie słyszeliśmy skargi chorych, że nie mogą patrzeć na oczy wskutek ich opuchnięcia. U niektórych dzieci nie mogliśmy wprost dostać się do gałek ocznych. W wybitniejszych przypadkach puchliny głodowej stopień obrzęków bynajmniej nie był słabszy od tych, jakie się widuje w miąższowem zapaleniu nerek. Chory kol. Perelmana po ustąpieniu puchliny stracił 30% wagi, stwierdzonej w czasie obrzęku. Na wewnętrznej powierzchni ud u tego chorego po zniknięciu puchliny pozostały liczne różowe blizny, nie różniące się niczem od powszechnie znanych blizn ciężarnych — striae gravidarum. O paru chorych słyszeliśmy, że popękała im rozciągnięta puchliną skóra i z pęknięć płynęła ciecz. Puchlina była silniejsza przy dłuższem trwaniu choroby i przy

jej nawrotach. Opuchłe kończyny były zimne i sprawiały samym chorym przykre wrażenie zimna. U niektórych chorych uciskanie spuchniętej skóry sprawiało dotkliwy ból. Puchlinę brzuszną widzieliśmy w 17 przypadkach, puchlinę jam opłucnych — w 4. Płyn puchlinny z jamy brzusznej badaliśmy 2 razy, ale wydobyty ze zwłok (patrz niżej: trzecia i druga sekcya). Ciężar właściwy płynu wynosił raz 1008, raz 1010. Białka w nim było niezmiernie mało (wedle Esbacha 2‰ w jednym, 2·25‰ w drugim przypadku), płyn był niemal wodnisty. W osadzie, prócz skąpych krwinek czerwonych i ciałek białych, widać było napęczniałe złuszczone śródbłonki otrzewnej, po części stłuszczone. Płyn z jamy opłucnej, wydobyty także ze zwłok (patrz niżej: sekcya czwarta), o barwie blado-różowej z małą domieszką krwi i wiotkim skrzepem włóknika. miał cięż. wł. 1011, zawierał białka wedle Esbacha 11‰, w osadzie całe płaty złuszczonych i stłuszczonych śródbłonków opłucnej, krwinki czerwone i nieliczne ciałka białe. — U paru chorych widzieliśmy odleżyny na obrzękłej skórze krzyża. U $2^1/_2$-letniego dziecka w potwornie obrzękłej powiece dolnej powstał ropień, zawierający kilka łyżek ropy, opuszczający się w postaci zatoki daleko na policzek poniżej kości jarzmowej, a połączony z silną i upartą gorączką. Niewątpliwie w powstaniu ropnia odegrało ważną rolę obumieranie rozciągniętych puchliną tkanek powieki. U 1 chorego zjawiło się różycowe zapalenie z pęcherzami obrzękłych stóp. U innego widzieliśmy po ustąpieniu puchliny z moszny — uparty w niej naciek, który jednak ostatecznie znikł i w ropienie nie przeszedł. U dwu innych wyprysk (eczema papulosum) na wyprostnej powierzchni rąk, stóp, przedramion i goleni podczas znikania puchliny. Suchość skóry, łuszczenie się naskórka spotykaliśmy dość często. Natomiast związku puchliny głodowej z niesztowicami (ecthyma) i liszajcem (impetigo) nie zdołaliśmy stwierdzić u naszych chorych. (Dok. nast.).

O kurzej ślepocie i jej znaczeniu w czasie wojny.

Napisał

Prof. Dr K. W. Majewski

Zaburzenie wzroku, które nazywa się kurzą ślepotą albo ślepotą zmierzchową (hemeralopia), polega, jak wiadomo, na tem, że chory, który wśród dnia, w jasnem świetle, cieszy się jak najlepszym wzrokiem, po zachodzie słońca, gdy pierwszy zmrok zapadnie, widzi otaczające przedmioty bardzo słabo, potyka się na byle przeszkodzie, oryentuje się z największym trudem i nieraz drogi przed sobą znaleźć nie może.

Dzieje się to nietylko na dworze, w godzinie wieczornego zmroku, ale i w pokoju, choćby na wpół zaciemnionym, lub przy świetle sztucznem, niedostatecznie jasnem, wogóle przy oświetleniu słabszem, niż pełne światło dzienne.

Lud nazwał to zboczenie kurzą ślepotą (nazwa ta utrzymała się w polskiem słownictwie lekarskiem) dlatego, że objaw ten, u ludzi chorobliwy i zazwyczaj przemijający, jest u kur (podobnie zresztą, jak u niektórych innych ptaków, n. p. gołębi) stałą, prawidłową właściwością. To też kury, nie widząc o zmroku, układają się do snu zaraz po zachodzie słońca.

Poruszenie w dobie obecnej tematu o hemeralopii ma swe uzasadnienie w niemałem znaczeniu, jakie może mieć to zaburzenie u żołnierzy walczących na froncie bojowym, oraz w doniosłości tego objawu, jeżeli wystąpi on w czasie wojny niejako nagminnie wśród ludności cywilnej.

Wystarczy sobie tylko wyobrazić patrol wieczorną lub nocną, powierzoną żołnierzom dotkniętym hemeralopią! Zresztą nie trzeba dowodzić, że dobre oczy konieczne są żołnierzowi we wszelkich okolicznościach, potrzebne mu są zarówno do ataku, jak do obrony, do pełnienia straży i do szukania drogi. A najdzielniejszy, najwytrwalszy, najbystrzejszy żołnierz, jeśli jest dotknięty kurzą ślepotą, niedołężnieje zupełnie, gdy tylko zmrok zapadnie. Właśnie zaś w obecnej wojnie tak często czyta się w sprawozdaniach wojennych wiadomości o zaciętych atakach nocnych, o zasadzkach, o szturmach, podejmowanych pod osłoną ciemności.

Do tego trzeba dodać, że hemeralopia jest właśnie wśród wojska zjawiskiem dość częstem i, co gorsza, nawiedza nieraz odrazu większą liczbę żołnierzy tak, że sprawia wrażenie epidemii, chociaż nią nie jest w istocie. Podobny, nagminny niejako charakter, przybiera hemeralopia wśród ludności okolic, szczególnie ciężko dotkniętych klęską wojny.

Zanim rozpatrzymy bliżej warunki, wśród jakich kurza ślepota występuje, jej przyczyny i sposoby zwalczania, należy najpierw dokładniej zdać sobie sprawę z istoty tego zaburzenia wzroku. W tym celu musimy sięgnąć po niektóre szczegóły z fizyologii wzroku.

Wiadomo, że w zwykłych warunkach wszedłszy z jasnej do ciemnej lub raczej na wpół zaciemnionej przestrzeni, np. z ulicy do źle oświetlonej klatki schodowej, w pierwszej chwili nic prawie nie widzimy. Ale już po kilku sekundach, a tembardziej po kilku minutach, wzrok nasz oswaja się z ciemnością i zaczynamy coraz to lepiej rozróżniać przedmioty i dostrzegać szczegóły, jeszcze przed chwilą zupełnie niedostrzegalne. Przebywając dłużej, np. 20—30 minut, w pokoju silnie zaciemnionym, oswajamy się z ciemnością do tego stopnia, że zdołamy n. p. czytać zwykły druk w książce, gdyśmy poprzednio nawet książki nie widzieli, że rozpoznajemy godzinę na zegarku, gdyśmy z początku zegarka dostrzedz nie mogli. Tę własność oczu stopniowego oswajania się z ciemnością nazywamy adaptacyą. (Aubert). Na czemże polega istota tej adaptacyi? Skoro umożliwia ona widzenie przedmiotów w znacznie gorszych warunkach niż zwyczajne, to niewątpliwie pobudliwość zmysłu wzroku doznaje przez nią silnego spotęgowania. Istotnie, ścisłe badania (Piper) wykazują, że pobudliwość oka, pogrążonego w ciemności, gdy adaptacya po upływie mniej więcej godziny dojdzie do swego szczytu, staje się 800—1000 razy większą od tej, jaka istnieje i wystarcza oku do wyraźnego widzenia w pełnem jasnem oświetleniu dziennem. Zachodzi teraz pytanie, w jakiej części oka powstaje pod wpływem pogrążenia w ciemności ten olbrzymi wzrost pobudliwości wzrokowej.

Oczywiście w pierwszym rzędzie nasuwa się przypuszczenie, że ta zagadkowa przemiana odbywa się w siatkówce, a mianowicie we warstwie pręcików i czopków. Otóż

wiadomo, że czopki i pręciki nie są równomiernie rozmieszczone po siatkówce. W samym środku siatkówki, w plamce żółtej, znajdują się same tylko czopki. Jest to najczulsze i najważniejsze miejsce dna ocznego, bo w niem powstaje obraz tego przedmiotu, na który w danej chwili kierujemy spojrzenie, który zatem chwilowo więzi naszą uwagę. Jest to miejsce najwyraźniejszego widzenia, »oko oka« (»oculus oculi«). W całej pozostałej przestrzeni siatkówki czopki i pręciki są pomieszane ze sobą, ale tak, że im bardziej ku obwodowi, im dalej od plamki żółtej, tem mniej jest czopków, a tem więcej pręcików. Na samym obwodzie czopki są już tylko zrzadka rozrzucone wśród ogromnej przewagi pręcików.

Z tego rozmieszczenia tych dwojakich elementów wynika już poniekąd ich rola, przynajmniej rola czopków. Czopki są narządami wyraźnego widzenia zarysów i barw, ale do spełniania tej czynności potrzebne im jest jasne światło dzienne. Pręciki w widzeniu dziennem odgrywają drugorzędną rolę, na barwy są zupełnie niewrażliwe, natomiast główną ich czynnością jest przystosowywanie oka do ciemności, a więc zdolność adaptacyi. Tej zdolności czopki nie mają wcale. Ponieważ zatem, jak to wyżej wspomniałem, w środku siatkówki, w plamce żółtej, znajdują się same tylko czopki, a pręcików niema wcale, przeto miejsce to, które jest miejscem najwyraźniejszego widzenia we dnie, staje się w nocy stosunkowo mniej wrażliwe, niż cała pozostała przestrzeń siatkówki, gdzie znajdują się liczne pręciki i gdzie wskutek tego następuje w ciemności ogromne spotęgowanie pobudliwości. Plamka żółta jest wyłączona od tego przywileju, jest zatem niejako dotknięta fizyologiczną hemeralopią: z powodu braku pręcików nie jest zdolna do żadnej adaptacyi.

Oko zatem, już dokładnie zaadaptowane, widzi wieczorem stosunkowo lepiej obwodowemi częściami siatkówki, niż środkiem, wprost odwrotnie, jak we dnie. Już astronom Arago zauważył, że niektóre małe gwiazdy dostrzega się na nocnem niebie dopiero wtedy, gdy zamiast wprost się w nie wpatrywać, skieruje się spojrzenie obok nich. Zresztą bardzo przekonywającem jest następujące proste doświadczenie Kriesa: Jeśli na rozpiętym na ścianie czarnym aksamicie ponaklejamy w różnych miejscach małe krążki białego lub jasno niebieskiego papieru i silnie zaciemniwszy pokój, spoglądamy na ten czarny ekran okiem dokładnie zaadaptowanem, wtedy z łatwością zauważymy, że widzimy wszystkie krążki papierowe z wyjątkiem tych właśnie, na które w danej chwili kierujemy spojrzenie. Ponieważ w tym ostatnim przypadku obrazek przedmiotu pada na sam środek siatkówki, przeto wynika stąd, że to właśnie miejsce nie doznało podczas adaptacyi takiego wzmożenia pobudliwości, ażeby zdołało przy słabem oświetleniu rozpoznawać jasne papierki na czarnem tle, jak do tego są zdolne otaczające części siatkówki.

Istnieje jeszcze jeden fakt, który, co najmniej, przemawia silnie za twierdzeniem Kriesa i Parinauda, że to w pręcikach właśnie odbywa się tajemnicza czynność adaptacyi. Wiadomo oddawna, że pręciki zawierają istotę barwną, zwaną czerwienią albo purpurą wzrokową Bolla, która na świetle bardzo szybko rozkłada się i zupełnie bieleje, a pogrążona w ciemności odradza się i przybiera znowu pierwotną barwę czerwoną. Zjawisko to można doskonale śledzić na siatkówce oka żaby albo królika, a odbywa się ono również i w oku ludzkiem. Otóż do zupełnego odtworzenia się odbarwionej na świetle czerwieni w pręcikach siatkówki potrzeba mniej więcej równie długiego czasu, jak do osiągnięcia szczytu adaptacyi. Czopki nie zawierają wcale czerwieni wzrokowej, to też niema jej zupełnie w plamce żółtej.

Zestawienie tych faktów każe domyślać się, że i czerwień wzrokowa gra pewną rolę w adaptacyi, a równocześnie, że nie jest potrzebna do wyraźnego widzenia we dnie, skoro jej niema w czopkach. To też fizyologowie zgodnie przyjmują tego rodzaju podział czynności wrażliwych składników siatkówki, że czopki pośredniczą w widzeniu dziennem, widzeniu kształtów i barw, a pręciki, zawierające czerwień Bolla, w widzeniu nocnem, a tem samem w czynności adaptacyi.

W zgodzie z tem zapatrywaniem pozostają niektóre dane z anatomii i fizyologii porównawczej. I tak u ptaków nocnych, jak sowy, puhacze, i u innych zwierząt, żyjących przeważnie w ciemności, siatkówka zawiera same tylko pręciki, a czopków niema w niej wcale, lub bardzo niewiele. Dzięki temu stworzenia te widzą w nocy bardzo dobrze, nawet lepiej, niż we dnie. Zwierzęta zaś, żyjące przeważnie na świetle, a zwłaszcza te, które chętnie wygrzewają się na słońcu, n. p. jaszczurki, żółwie, węże, nie mają w siatkówce pręcików, ani czerwieni wzrokowej, a tylko same czopki. Niektóre ptaki, n. p. kury, gołębie, posiadają wprawdzie pręciki, ale bez czerwieni wzrokowej i to samo już sprawia, że o zmroku i w ciemności widzą bardzo słabo i niedokładnie.

To nadzwyczajne zaostrzenie pobudliwości, jakie powstaje w siatkówce pod wpływem adaptacyi w ciemności, nie odnosi się wcale do odczuwania rodzajów barw, ale tylko jasności barw, to znaczy: barwa n. p. niebieska nie będzie na oku zaadaptowanem sprawiać innego wrażenia, jak tylko wrażenie barwy niebieskiej, tak samo barwa czerwona, żółta i każda inna. Rodzaj wrażenia barwnego nie ulega zatem żadnej zmianie. Natomiast bardzo silnie zmienia się pod wpływem dokonanej adaptacyi jasność poszczególnych kolorów. W najwyższym stopniu zyskują na jasności barwy zimne: fiołkowa, błękitna, zielona, mniej barwy ciepłe: żółta, jeszcze mniej pomarańczowa, a wcale nic nie zyskuje barwa czerwona. Tym niejednostajnym wpływem adaptacyi na odczuwanie jasności poszczególnych barw tłomaczymy sobie znane zjawisko Purkinjego. Po zachodzie słońca, gdy silny zmrok zapadnie, przedmioty barwy czerwonej przedstawiają się nam jako ciemne lub wprost czarne i one pierwsze, gdy ciemność staje się coraz większa, znikają w tej ciemności zupełnie, natomiast przedmioty barwy zielonej, fiołkowej, a zwłaszcza błękitnej, daleko dłużej są dla zaadaptowanego oka dostrzegalne.

Adaptacya jest to zatem czynność, odbywająca się w oku pogrążonem w ciemności w pręcikach siatkówki, związana niewątpliwie z odradzaniem się czerwieni wzrokowej, która na świetle się rozkłada. Skutkiem tej adaptacyi jest bardzo znaczny wzrost pobudliwości siatkówki, który sprawia, że oko wyzyskuje owe resztki światła, jakie istnieją nawet w głębokim mroku, nawet w ciemnej nocy, i dzięki temu widzi i rozróżnia przedmioty w ciemności.

Na odwrót kurza ślepota jest to właśnie upośledzenie,

albo zupełna utrata zdolności adaptacyjnej. Nic więcej, jak tylko zawieszenie tej jednej z pośród różnych czynności narządu wzrokowego. Oko takie może w dziennem świetle okazywać znakomitą bystrość wzroku, widzieć wybornie w dal i zblizka, mieć prawidłowe, rozległe pole widzenia, rozróżniać najsubtelniejsze odcienie barwne, bo wszystko to są czynności czopków siatkówki. W jednym tylko względzie okazuje ono niedomogę: Gdy się znajdzie w ciemnej przestrzeni, przestaje widzieć prawie zupełnie, ale tu jeszcze na razie nie różni się w zasadzie od oka prawidłowego. Różnica występuje dopiero w tem, że, gdy oko prawidłowe stopniowo coraz bardziej oswaja się z ciemnością i już po kilku, a jeszcze bardziej po kilkunastu minutach doskonale oryentuje się mimo ciemności, to oko, dotknięte kurzą ślepotą, pozostaje stale na tym samym stopniu początkowego zamroczenia, albo w przypadkach lżejszych w nieznacznej tylko mierze przystosowuje się do ciemności. Ponieważ adaptacya jest czynnością pręcików i zawartej w nich czerwieni wzrokowej, więc stąd wniosek, że kurza ślepota jest jakiemś schorzeniem tychże właśnie pręcików.

Nie jest to jednak żadna odrębna choroba oczu. Kurza ślepota, to tylko objaw, który może występować w różnych schorzeniach narządu wzroku, i to przeważnie takich, które powstają na tle ogólnych chorób ustroju.

I tak stanowi hemeralopia stały i bardzo charakterystyczny objaw barwikowego zwyrodnienia siatkówki. Zwyrodnienie barwikowe obejmuje właśnie tę całą przestrzeń siatkówki, w której znajdują się pręciki. Środkowa część siatkówki, zawierająca same tylko czopki, opiera się dłużej niszczącemu procesowi i dlatego widzenie w świetle dziennem dopiero w późniejszych okresach choroby doznaje upośledzenia.

Zwyrodnienie barwikowe siatkówki jest nieuleczalne; nie znamy nawet środków, któreby mogły przynajmniej zwolnić tylko nieubłagane postępy tej choroby. Często występuje ona u wielu członków tej samej rodziny, dziedziczność zatem niewątpliwie w jej powstaniu odgrywa ważną rolę. Jest to wogóle znamię pewnego zwyrodnienia ogólnego. To też stosunkowo często zwyrodnienie barwikowe siatkówki występuje u dzieci rodziców, spokrewnionych ze sobą.

Czasem kurza ślepota, mniej lub więcej wybitna, pozostaje jedynem zaburzeniem wzroku na całe życie; wtedy jest to jedyne piętno zwyrodnienia. Częściej jednak z biegiem lat występują coraz to nowe objawy, a także wziernikiem dostrzegalne zmiany barwikowego zwyrodnienia siatkówki.

W przebiegu wielu innych ciężkich schorzeń siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego występuje niejednokrotnie kurza ślepota, jako objaw uboczny. Niema w tem nic dziwnego, gdy się zważy, że przy rozległych zmianach zapalnych, zwyradniających, czy krwotocznych, jakie powstają w różnych warstwach siatkówki, z łatwością dojść może także do uszkodzenia wielkiej ilości pręcików, a tem samem do zaburzeń w zdolności adaptacyjnej.

Ale zachodzą częste przypadki bez jakichkolwiek dostrzegalnych zmian wziernikowych, gdzie kurza ślepota stanowi wyłączny i jedyny objaw patologiczny, a przez to urasta sama do znaczenia samoistnej choroby. Jest to właśnie ta postać hemeralopii, która w obecnych czasach najbardziej nas obchodzi, ponieważ częstokroć masowo występuje u żołnierzy walczących w polu i wśród ludności okolic, zniszczonych wojną (»hemeralopia idiopathica« albo »hemeralopia essentialis«).

Jest to choroba, występująca najczęściej u osób dorosłych, częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Główną jej przyczyną zdaje się być liche, niedostateczne odżywienie. Wycieńczenie ustroju, z tego źródła płynące, wywołuje ogólną niedomogę wszystkich narządów, a także i pewnego rodzaju ospałość, niepobudliwość siatkówki, która na silne podniety, a więc na wrażenia wzrokowe w jasnem świetle dnia, oddziaływa jeszcze prawidłowo, ale w słabem oświetleniu zmroku, a tem bardziej w nocy, nie oddziaływa wcale, traci zupełnie lub w znacznej mierze zdolność adaptacyi, czyli popada w ślepotę zmierzchową. Ten stan siatkówki zowie się otrętwiałością siatkówki (torpor retinae).

Choroba ta, od wieków znana, pojawia się niejako nagminnie, jeżeli odżywienie gromad ludzkich jest niedostateczne tak pod względem ilości, jak i jakości, a zwłaszcza w okresach, kiedy stosunki odżywienia z dostatecznych lub znośnych stają się bezwzględnie niewystarczające. Stąd to już dawno spostrzegano kurzą ślepotę w niektórych licznych, a niedbale w żywność zaopatrzonych zbiorowiskach ludzkich: w koloniach robotniczych, w zakładach karnych, w domach sierót; toż samo u ludu wiejskiego, zwłaszcza w okresie przednowku, w latach nieurodzaju, w czasie długich postów, zalecanych n. p. przez kościół prawosławny.

Poza tem przyłącza się niekiedy hemeralopia do chorób ogólnych, jak n. p. zimnica, schorzenia wątroby i przewodu pokarmowego przebiegające z żółtaczką, gnilec, przewlekłe zatrucia, zwłaszcza alkoholem i t. d. Zważywszy jednak, że najczęstszą przyczyną tej postaci kurzej ślepoty jest niedostatek odżywienia, zrozumiemy odrazu, jakiego znaczenia nabiera ona w czasach wojny.

Już za dawnych czasów widziano wprost jakby epidemie kurzej ślepoty wśród załóg okrętów, które wyczerpały swe zapasy żywności; toż samo wśród wojska i u ludności cywilnej w oblężonych twierdzach. A i w obecnie toczącej się wojnie i tu u nas spostrzegaliśmy liczne przypadki hemeralopii u żołnierzy z oddziałów, którym wśród zmiennych kolei szczęścia wojennego na czas dłuższy odcięto treny i kuchnie polowe. Zwłaszcza częste jest to zjawisko wśród wynędzniałych i wygłodzonych jeńców rosyjskich.

Oczywiście, że niezmierne wyczerpanie fizyczne, jakiemu ulegają walczący żołnierze, usposabia ich w wysokim stopniu do wszelkich schorzeń, rozwijających się na tle wycieńczenia, a więc i do kurzej ślepoty. Dotknięty tą chorobą, traci zdolność oryentowania się o zmroku, a tembardziej w nocy i staje się przez to wprost niezdolnym do dalszego pełnienia służby.

Ale badanie przedmiotowe oczu żadnych dostrzegalnych zmian nie wykrywa. Ani powieki i gałki oczne niczem się nie różnią od prawidłowych, ani badanie dna oczu nie wykazuje najmniejszych zboczeń. Łatwo zrozumieć, jak kłopotliwem jest to dla lekarza wojskowego. Nic łatwiejszego, jak udawać, że się nie widzi wieczorem, skoro lekarz przedmiotowem badaniem żadnej zmiany w oczach nie może stwierdzić. Do badania hemeralopii służy znany fotoptometr Foerstera.

Jest to skrzynka, wewnątrz na czarno pomalowana, zaopatrzona w jednej z bocznych ścian w 2 otwory dla

oczu osoby badanej. Na przeciwległej ścianie wewnątrz skrzynki jest umieszczony biały karton z czarnemi smugami różnej szerokości. Wnętrze skrzynki oświetla się zapomocą świecy, umieszczonej w szczelnem zamknięciu, tak że światło jej płomienia wpada przez okienko, opatrzone matową szybką szklaną lub papierem zatłuszczonym. Okienko to jest rozsuwalne zapomocą odpowiednio urządzonej śrubki, tak że dopływ światła do wnętrza fotoptometru możemy dowolnie zmieniać, a równocześnie odczytywać na wykalibrowanej podziałce stopień oświetlenia owych czarnych smug na białem tle na przeciwległej ścianie umieszczonych.

Badanie przeprowadza się w pokoju zupełnie zaciemnionym, w którym badany pozostaje co najmniej przez 20 minut, najlepiej z zawiązanemi oczyma, aby o ile możności jak najbardziej się do ciemności zaadaptował. Dopiero na szczycie adaptacyi wrażliwość siatkówki jest poniekąd ustalona i daje się z dostateczną dokładnością w cyfrach wyrazić.

Zdjąwszy badanemu opaskę z oczu w zupełnej ciemności, polecamy mu wstawić oczy w otwory przyrządu, najpierw przy okienku zupełnie zamkniętem. Na razie zatem badany nic jeszcze nie widzi. Następnie zaczynamy powoli stopniowo rozsuwać okienko i rozświetlać wnętrze skrzynki dopóty, póki chory nie dostrzeże owych czarnych pasków na przeciwległej ścianie skrzynki. Rozstrzygającym jest ten najmniejszy rozmiar okienka, czyli najsłabszy stopień oświetlenia, który już pozwala badanemu dostrzedz czarne znaki na tle białem. Prawidłowe oczy, dokładnie zaadaptowane, dostrzegają je już przy 2 mm przekątni okienka. Oczy, dotknięte kurzą ślepotą, potrzebują wielekroć, czasem dziesięć razy większego rozmiaru okienka, czyli tylekroć silniejszego oświetlenia.

Za pomocą fotoptometru możemy nietylko wykryć istnienie hemeralopii, ale nawet z pewną, dość znaczną dokładnością zmierzyć i w cyfrach określić jej stopień. Metoda ta, jako ściśle podmiotowa, nie może mieć jednak żadnego zastosowania tam, gdzie mamy jakiekolwiek powody powątpiewać w szczerość podań osoby badanej. Lekarz wojskowy szczególnie często musi mieć w tym względzie poważne wątpliwości.

W pomoc przychodzi mu niekiedy następująca okoliczność: oto z tych samych przyczyn i na tem samem tle ogólnem, co kurza ślepota, występuje niejednokrotnie na oczach inny objaw, o którym chorzy zwykle nawet nie wiedzą, bo nie daje im się wcale a wcale uczuć. Ale dla lekarza jest to objaw nieoceniony, bo dający się z wszelką łatwością stwierdzić przedmiotowo. Oto na twardówce na zewnątrz i na wewnątrz od rogówki w obrębie otwartej szpary powiekowej pojawiają się trójkątne plamki, wyglądające jakby zeschła biała pianka. Choć białe na tle białem, widoczne są jednak bardzo dobrze, gdyż sprawiają najzupełniej wrażenie miejsc tłustych. Łzy tych miejsc nie zwilżają wcale i dlatego te trójkątne plamki są ćme i nie błyszczą. Zmiana ta nosi nazwę zeskórnienia spojówki (xerosis conjunctivae). Bitôt pierwszy zmianę tę na oczach spostrzegł i dlatego nazywamy ten objaw także objawem Bitôta.

To tylko pewna, że te same czynniki ogólne, które mogą wywoływać kurzą ślepotę, a więc liche, zbyt jednostronne, zwłaszcza bezmięsne i chude pożywienie, dalej choroby wątroby, żółtaczka, zimnica, przewlekły alkoholizm, wywołują nieraz powstanie tych białych, matowych plamek Bitôta na spojówce twardówkowej oczu.

Otóż ta wspólność przyczyn i tożsamość warunków powstania sprawia, że oba objawy, mianowicie kurza ślepota i zeskórnienie spojówki występują najczęściej u jednego i tego samego osobnika, towarzyszą sobie wzajemnie. Są to niewątpliwie dwa zjawiska równorzędne, z jednego źródła pochodzące, chociaż od siebie niezależne To nam zupełnie wystarcza, że choremu, u którego widzimy na oczach plamki zeskórnienia, a o czem on sam najczęściej nic nawet nie wie, i który równocześnie skarży się na kurzą ślepotę, możemy zupełnie wierzyć, że nie udaje swej kurzej ślepoty, lecz, że ją ma naprawdę.

Pozostaje nam jeszcze sprawa leczenia kurzej ślepoty. Jest to cierpienie naogół łatwo uleczalne, a że najczęściej niedostateczne, zbyt skąpe i zbyt chude pożywienie stanowi główną jego przyczynę, a trudy, niewywczasy, znużenie, bezsenność, są warunkami, sprzyjającymi jego powstaniu, więc z jednej strony obfity, tłusty pokarm, także podawanie tranu, a z drugiej gruntowny, kilkotygodniowy wypoczynek wystarczają zazwyczaj, aby siatkówka odzyskała swą sprawność i zdolną się stała do prawidłowej adaptacyi.

U ludu prostego od dawien dawna spożywanie wątroby (cielęcej lub gęsiej) cieszy się sławą niezawodnego środka na kurzą ślepotę. Z leków miejscowych zalecają niektórzy zapuszczać do oczu przed zachodem słońca $^1/_2$—$1^0/_0$ roztwór strychniny, jako środek objawowy, podniecający chwilowo pobudliwość siatkówki. Wskazana jest również ciemnica lub przynajmniej noszenie ciemnych okularów, gdyż można przyjąć za pewne, że jasne światło nie sprzyja wzmocnieniu się nadwątlonej siły adaptacyjnej.

Odpoczynek, to obok dostatniego pożywienia drugi główny warunek odzyskania prawidłowego wzroku. Ten odpoczynek należy się bezsprzecznie strudzonemu żołnierzowi nietylko dlatego, że jego chwilowo nadwątlony wzrok tego wymaga, ale i dlatego, żeby skrzepił się cały, żeby nabrał nowych sił, świeżych zapasów energii i wytrwałości, jakich mu potrzeba do dalszego pełnienia ciężkiej i krwawej służby wojennej.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell.

Ciąża a złośliwe nowotwory odbytnicy.

Uwagi kliniczne.

Podał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

Punktem wyjścia naszych rozważań nad powikłaniem ciąży nowotworami odbytnicy stał się przypadek, spostrzegany w klinice, o tyle niezwykły, że dotyczył ciężarnej, która, przebywszy operacyę doszczętną z powodu raka odbytnicy, tego powikłania właściwie już nie przedstawiała. Niemniej stan tej chorej, z raka na razie zupełnie uleczonej, budził ze względu na ciążę i oczekiwany poród liczne obawy i zmusił nas do operacyjnego wkroczenia.

Historya jej choroby przedstawia się w skróceniu, jak następuje:

F. S. l. 28, l. dz. 83 z r. 1913/14. Przebyła dwa prawidłowe porody, z których drugi przed $2^1/_2$ laty; roniła raz. Miesiączkować zaczęła wcześnie, bo w 11. roku życia; peryod zjawiał się co 4 tygodnie, trwał 3 do 5 dni i nie był obfity. Ostatni peryod miała chora w sierpniu 1913 r.,

poczem zaszła w ciążę. W początku listopada, a więc w czasie, kiedy była przeszło 2 miesiące w ciąży, zwróciła się do kol. prymaryusza Dr. Wachtla, żaląc się na dolegliwości ze strony odbytnicy, a mianowicie ból i odchodzenie krwawo zabarwionego śluzu. Dr. Wachtel, zbadawszy kiszkę palcem i rektoskopem, rozpoznał złośliwy nowotwór odbytnicy na wysokości trzeciego zwieracza i uznał zabieg operacyjny za niezbędny. Chora opuściła wówczas Kraków i bez wiedzy swojego ordynaryusza udała się do jednej z pozakrajowych klinik chirurgicznych, gdzie poddała się zabiegowi doszczętnemu w dniu 20. listopada 1913. Operacya polegała na resekcyi odbytnicy sposobem Hochenegga. Ciąży przed zabiegiem nie usunięto i mimo ciężkiej operacyi chora nie poroniła, tak że wróciła w styczniu do Krakowa w 5. miesiącu ciąży. Stan chorej w owym czasie był o tyle niekorzystny, że w przebiegu blizny pooperacyjnej potworzyły się przetoki, z których wylewał się kał płynny. W drugiej połowie stycznia powstała nadto przetoka z odbytnicy do pochwy w pobliżu sklepienia tylnego, z której to przetoki sączyła się treść ropna, zmieszana z kałem. Towarzyszyła tym objawom znaczna niedokrwistość i wybitne osłabienie chorej. Ciąża pięciomiesięczna była pod każdym względem prawidłowa. Badanie przez pochwę pozwalało stwierdzić, że na wysokości połowy tylnej ściany pochwy istnieje bliznowate połączenie odbytnicy z pochwą, przez co ściany obu tych przewodów były względem siebie zgoła nie przesuwalne. Na górnej granicy tego bliznowatego zjednoczenia, a więc już w pobliżu sklepienia, znajduje się otworek, którym wydobywa się płynny kał do pochwy. Ciepłota i tętno nie zbaczały od normy.

Po naradzie z lekarzami ordynującymi przyjąłem chorą do kliniki celem przerwania ciąży. Operacyę wykonałem d. 6. lutego, a więc w czasie, kiedy chora była w 6. miesiącu ciąży, t. j. w tym okresie, w którym płód urodzony jeszcze nie może być przy życiu utrzymany. Po dokładnem rozważeniu wszystkich okoliczności zdecydowałem się na amputacyę ciężarnej macicy przez laparotomię. Zabieg nie przedstawiał trudności. Macicę usunąłem nieprzeciętą, a więc razem z całą jej zawartością. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Chora opuściła klinikę 22. lutego.

Decyzyi, że ciąża ma być przerwana i że w tym celu tego właśnie sposobu użyć należy, nie oparłem na cudzem doświadczeniu, podanem w odnośnem piśmiennictwie, tem mniej na doświadczeniu własnem, którego nie miałem. Do przekonania, że tak działać trzeba, doszedłem na podstawie rozumowania i szczegółowej oceny wszystkiego, co za lub przeciw przemawiało. Z piśmiennictwem zapoznałem się później.

Dlaczego ciążę należało w tym przypadku przerwać? Czy wpływ jej był tak niekorzystny? Sądzę, że mogę na pytanie to odpowiedzieć twierdząco. Na pierwszy plan wysunąć się musi pytanie, czy ciąża sprzyjała u tej chorej rozwojowi nawrotu, względnie, czy nawrót miał warunki szybszego rozwoju. Nie ulega wątpliwości, że rak szyjki macicznej, pochwy i sromu rozwija się i uogólnia wśród ciąży szybciej, niż poza nią. Ciąża rozgrywa się w trzonie macicy, szyja, pochwa i srom znajdują się przez cały czas ciąży pod wpływem przekrwienia i okazują skłonność do przerostu. Ten życiowy bodziec działa jednak i poza granicami części płciowych na narządy najbliżej sąsiadujące, w pierwszym rzędzie na pęcherz i na odbytnicę. I one biorą udział w przekrwieniu. Przemawia za tem obraz cystoskopowy pęcherza i wczesne zjawianie się guzów krwawniczych w ciąży, w tym okresie, kiedy o ucisku na kiszkę mowy być nie może. Potężny rozwój układu chłonnego narządów rodnych podczas ciąży dotyczy do pewnego stopnia i narządów sąsiadujących, a wszystko to nie może być bez wpływu na nawrót i uogólnienie się nowotworu.

Ale nie o to jedynie chodziło w naszym przypadku i nie to uniemożliwiało nam czekanie na taki okres ciąży, w którym płód byłby zdolny do życia pozamacicznego. Szkodliwy wpływ ciąży na gojenie się rany i na bliznę pooperacyjną dał się u naszej chorej poprostu naocznie stwierdzić. Mam tu na myśli późne powstanie przetoki pochwowoodbytniczej. Macica ciężarna wskutek swojej prawidłowej ewolucyi rozciągała tu bliznę okrężną w ten sposób, jakby chciała górny odcinek odbytnicy podnieść do góry i oddzielić w bliźnie od dolnego. Było to następstwem powolnej, ale stałej elewacyi, jakiej podlega każda ciężarna macica w drugiej połowie ciąży.

Elewacya ta nie wpływa w prawidłowych przypadkach zgoła na odbytnicę, a bardzo niewiele na pęcherz. Bardzo znaczne rozpulchnienie tkanki, oddzielającej ścianę pęcherza od pochwy i szyi macicznej, sprawia, że narządy te w ciąży mogą względem siebie znacznie swobodniej się przesuwać, niż u osoby nieciężarnej. Odbytnica i poza ciążą nie okazuje tak ścisłego związku ze ścianą pochwy, jak pęcherz moczowy. W dolnej części oddziela ją od pochwy mięśniowe krocze, które, jak klin, szeroką częścią ku dołowi zwrócony, wsuwa się między te dwa przewody. Ponad kroczem przylega odbytnica ściślej do ściany pochwy tylko na krótkiej przestrzeni, poczem wsuwająca się z góry otrzewna jamą Douglasa oddziela pochwę od kiszki, pokrywając obydwie. Wynika z tego, że macica, pociągając podczas ciąży pochwę ku górze, może to uczynić, nie przemieszczając równocześnie pęcherza ani odbytnicy; pochwa przesuwa się wówczas wzdłuż odbytnicy, zostającej na miejscu. Klasycznego dowodu, że tak jest w istocie, dostarczyło spostrzeżenie z kliniki krakowskiej Madurowicza, opisane przez Jana Rosnera. Dotyczyło ono przypadku wrodzonego ujścia odbytnicy do pochwy (atresia ani vaginalis), w którym pod koniec ciąży doszło do zatrzymania wielkich mas kałowych w kiszce, na co z pewnością wywarła wpływ zmiana kierunku przewodu, wywołana przesunięciem się jednego narządu względem drugiego.

O takiem przesuwaniu się nie mogło było być mowy u naszej chorej. Blizna pooperacyjna doprowadziła do ścisłego zrośnięcia się odbytnicy z pochwą, co stało się tem łatwiej, że okrężnej resekcyi dokonano bezpośrednio pod dnem jamy Douglasa, a więc w miejscu ponad klinem krocza, w którem ściana odbytnicy przylega najbliżej do pochwy. To ścisłe zrośnięcie się obu ścian stało się przyczyną tego, że przesuwanie się pochwy nie mogło być obojętne dla odbytnicy, że więc macica dźwigała tu do góry nietylko pochwę, ale i górny odcinek kiszki. Łatwo zrozumieć, że w tym stanie rzeczy okrężna blizna nie miała warunków, jakieby były pożądane dla należytego skonsolidowania się, utrudnionego zresztą w tem miejscu przez ruchy robaczkowe i przesuwanie się mas kałowych. Te ostatnie niekorzystne czynniki miały jednak, jako chwilowo działające, mniejsze znaczenie, niż stałe rozciąganie blizny. Zresztą były nieuniknione.

Pod wpływem tych rozważań zapadło postanowienie że z przerwaniem ciąży nie należy zwlekać. Ciężka niedokrwistość i w ogóle zły stan chorej przemawiały za temsamem, bo przecież ciąża jest czynnikiem, który u zdrowych

i silnych osób zdrowie i siły podnosi, u chorych natomiast często źle na ogólny stan wpływa.

Wybór sposobu nie przedstawiał trudności. Wszelkie zabiegi od strony pochwy były z góry wykluczone; drogę tę uważaliśmy za zakażoną Pozostawała droga brzuszna, a więc cięcie cesarskie. W pierwszym rzędzie nasuwało się na myśl cięcie klasyczne z pozostawieniem macicy. Ale i to odrzuciliśmy, gdyż zdawało nam się, że rana połogowa macicy i rana operacyjna trzonu sąsiadowałyby zbyt blizko ze źródłem zakażenia, t. j. z przetoką odbytniczą Operacya doszczętna sposobem Porro była tu z pewnością bezpieczniejsza.

Robiąc ten zabieg pod koniec ciąży, otwiera się naprzód macicę, wyjmuje płód, a potem dopiero usuwa się macicę.

Robić się tak musi ze względu na płód. Ten wzgląd nie odgrywał w naszym przypadku roli; płód był tak czy tak stracony, a obowiązkiem naszym było dbać o to, żeby matka poniosła jak najmniejszy szwank na zdrowiu. Usunąłem macicę nieotwartą; uniknąłem w ten sposób niepotrzebnej utraty krwi, która towarzyszy prawie zawsze opróżnieniu przeciętej macicy; bywa ona niekiedy ogromna. Zamierzony cel osiągnąłem, gdyż operacya dała się wykonać prawie bezkrwawo [1]).

Po zabiegu dopiero rozpatrzyłem się w piśmiennictwie. Szukałem w niem krytyki własnego postępowania, ściśle biorąc, potwierdzenia jego słuszności. Przypadków powikłania ciąży rakiem odbytnicy znalazłem w dostępnem mi piśmiennictwie trzydzieści. Dotyczyły one kobiet dość młodych. U ośmiu z nich nie podano wieku, jedna liczyła lat mniej, niż dwadzieścia, jedenaście było między 20. a 30. rokiem życia, osiem między 30. a 40, a tylko dwie powyżej 40. Odpowiada to mniej więcej częstości ciąży w różnych okresach życia kobiety.

W dziesięciu przypadkach nie podano, podczas której z kolei ciąży zauważono raka odbytnicy. U pięciu chorych rozwinęło się to cierpienie podczas pierwszej ciąży, u trzech podczas drugiej, dwie były trzeci raz ciężarne, pięć po raz czwarty; po jednym przypadku wypada na ciążę piątą, szóstą, dziewiątą, dziesiątą i dwunastą.

U trzech chorych odkryto raka odbytnicy dopiero w połogu po prawidłowym porodzie; rozmiary nowotworu i okres połogu przemawiały za tem, że rak istnieć musiał już podczas ciąży.

Cztery razy spostrzegano samorodny, mniej lub więcej prawidłowy poród; nowotwór odbytnicy nie stanowił poważnej przeszkody porodowej, podobnie, jak u tamtych trzech chorych. W pięciu przypadkach natomiast przeszkoda ta była widoczną, tak że pomoc okazała się konieczną: wykonano operacyę kleszczową, wymóżdżenie, względnie wydobycie dziecka za nóżki. Dwanaście razy nie można było nawet myśleć o rozwiązaniu przez pochwę; w tych przypadkach ukończono poród cięciem cesarskiem, i to osiem razy z pozostawieniem macicy, cztery razy sposobem Porro.

Dla umożliwienia operacyi raka, względnie dla stworzenia korzystniejszych dla niej warunków przerwano 5 razy ciążę, i to cztery razy w sposób zwykły, raz usunięto ciężarną macicę przez pochwę.

Raz tylko operowano podczas ciąży, nie przerwawszy jej naprzód; zabieg wywołał jednak poronienie, poczem nastąpiło zakażenie i śmierć.

Opisane przypadki są wielce rozmaite. Ta rozmaitość polega na tem, że w jednych przypadkach rozpoznawano raka odbytnicy dopiero podczas połogu, w innych podczas porodu, w innych znowu w rozmaitych miesiącach ciąży. Sam nowotwór był w chwili rozpoznania rozmaicie rozwinięty i tworzył u jednych chorych wielki guz, wypełniający znaczną część miednicy małej, u innych stanowił nieznaczne owrzodzenie z naciekiem, nie przeszkadzającym mechanicznie porodowi. I usadowienie guza było rozmaite, co na przebieg wywierało niewątpliwie wpływ.

Z tych przebiegiem wielce od siebie różniących się przypadków wybieram kilka, które stanowić mogą typ; inne podobne są do nich mniej lub więcej.

I. Rak usadowił się wysoko i mimo dość znacznych rozmiarów nie stanowił przeszkody porodowej. O ile z opisu wnosić można, leżał on na wysokości III kręgu krzyżowego, a więc w miejscu największej wklęsłości kości krzyżowej. Wiadomo, że w tem miejscu wymiar prosty miednicy jest najdłuższy. (Semmelink, Centr. f. Gyn. 1903 p. 73). Ten typ przebiegu nie jest jednak częsty. W przypadku Semmelinka była zapewne bardzo obszerna miednica, a guz, wytworzony przez nowotwór, był niezbyt wielki.

II. Nowotwór rozwinął się bardzo nizko, zaledwie 3 cm ponad odbytem; wywołał zwężenie kiszki, powyżej którego nagromadziły się znaczne ilości kału. Ten kał, a nie nowotwór, przeszkadza porodowi. Po opróżnieniu kiszki samorodny poród donoszonego dziecka. (Rossa, Centr. f. Gyn. 1902 p. 1241). W przypadku tym nagromadzenie kału i powstała stąd przeszkoda porodowa nie zmienią istoty rzeczy, mianowicie tego faktu, że nowotwór sam przez się porodowi nie przeszkadzał. Leżał on poprostu już poza miednicą kostną w najniższym odcinku odbytnicy.

III. Rak stanowi przeszkodę porodową; poród operacyjny przez wydobycie dziecka za nóżki. Dziecko nieżywe. Matka zmiera w cztery dni później. Oględziny pośmiertne wykazują zmiażdżenie i rozdarcie odbytnicy (Cruveilhier). W przypadku tym występuje wyraźnie fatalne działanie urazu porodowego na odbytnicę zajętą nowotworem.

IV. Wielki guz nowotworowy zajmuje dużo miejsca w miednicy; macica wysoko, główka nieustalona, ujście przysunięte do spojenia. Na tylnej ścianie pochwy przetoka kałowa. Ponieważ o porodzie na drodze naturalnej mowy być nie może, rozwiązanie przez cięcie cesarskie zachowawcze. Przebieg pooperacyjny korzystny. Dziecko 2400 gr., zdrowe (Hollaender, Freund, Arch. f. Gyn. t. 44 p. 149). W przeciwstawieniu do przypadku poprzedniego uniknięto tu dzięki cięciu cesarskiemu zmiażdżenia odbytnicy.

V. Raka odbytnicy rozpoznano w 7. miesiącu ciąży. Nowotwór nie jest tak daleko posunięty, żeby się nie dał doszczętnie usunąć. Przed tą operacyą wywołuje się jednak poród przedwczesny, poczem zabieg doszczętny (Endelmann

---

[1]) Nie wyjąłem macicy z częścią pochwową, tylko uciąłem ją nieco poniżej ujścia wewnętrznego. Błonę śluzową szyjki macicznej wypaliłem przyżegadłem Pacquelina. Doszczętne usunięcie macicy z szyjką uważałem za niewłaściwe dlatego, ponieważ nie chciałem zadawać rany otrzewnej w pobliżu przetoki pochwowej, nie chciałem otwierać od strony brzucha pochwy, którą uważałem za zakażoną. Nie będąc pewnym, czy przewód szyjki jest jałowy, wypaliłem go przyżegadłem.

(z Warszawy) Centr. f. Gyn. 1902 p. 848). W tym przypadku poszedł Endelmann za rozumną radą Löhleina.

VI. U 24-letniej kobiety rak odbytnicy i 4. miesiąc pierwszej ciąży. Ciąży nie przerywa się, tylko wykonywa się doszczętną operacyę raka. Czwartego dnia poronienie, poczem śmierć wśród objawów zakażenia (Petersen).

Przypadek opisany przezemnie nie mieści się w ramach tych sześciu typów. Przypomina poniekąd typ ostatni; wspólne z nim ma to, że doszczętną operacyę raka wykonano w obu przypadkach bez względu na istniejącą ciążę. Przebieg późniejszy był jednak w obu przypadkach różny. U Petersenowskiej chorej operacya wywołała poronienie, a to ze swojej strony przyczyniło się do śmierci; u naszej chorej przebieg był szczęśliwszy. Przekonywa on nas o tem, że nawet po tak ciężkim zabiegu może ciąża nie przerwać się, ale dowodzi równocześnie, że istnienie blizny pooperacyjnej w odbytnicy jest również wielce niemiłem powikłaniem ciąży. Przekonany jestem, że w przypadku naszym trzeba było tak postąpić, jak postąpiliśmy. Jeśli jednak tak jest w istocie, to stwierdzić trzeba, że chora nasza nietylko nic nie zyskała przez to, iż ciąży u niej przed operacyą nie przerwano, ale przeciwnie straciła, gdyż, pominąwszy już wszystko inne, narażona została na operacyę znacznie cięższą, niż wywołanie poronienia w początku ciąży.

Z opisanych w piśmiennictwie przypadków można wysnuć następujące wnioski. Rak odbytnicy jest bardzo ciężkiem powikłaniem ciąży; w przeważnej liczbie przypadków stanowi on znaczną przeszkodę porodową, która niekiedy jest bezwzględną i nie pozostawia innej drogi wyjścia, prócz cięcia cesarskiego. Ale nawet w tych przypadkach, w których płód przejść może przez miednicę, cięcie cesarskie może być wskazane dla uniknięcia ciężkiego urazu, jaki poród zadać musi kiszce. Wyjątek stanowią te przypadki, w których rak zajmuje najniższy odcinek kiszki; nie może się on wówczas dostać pomiędzy główkę, a ścianę miednicy, choć i w tych przypadkach uraz chorego miejsca nie jest mały.

Przed doszczętnem usunięciem raka odbytnicy powinno się przerwać ciążę bez względu na jej okres, a to dlatego, że i poronienie bezpośrednio po zabiegu i poród w dłuższy czas po nim przedstawiają zbyt wielkie dla chorej niebezpieczeństwo.

Zresztą, gdzie chodzi o chorobę tej wagi, co rak, tam wszystko uczynić należy, żeby stworzyć najkorzystniejsze warunki dla operacyi, a najniekorzystniejsze dla wzrostu i nawrotu nowotworu. A przecież wątpić nie można, że ciąża rozrostowi raka odbytnicy sprzyja i zapewne powstanie nawrotu ułatwia.

Oceny i sprawozdania.

Schönwerth, **Taschenbuch des Feldarztes,** część I. **Chirurgia polowa** (Kriegschirurgie). Wydanie IV. Monachium, nakład J. F. Lehmanna 1915. Cena w oprawie 4 Mk. Część II. **Medycyna wewnętrzna** (w opracowaniu Dieudonné, Grubera, Guddena, Hasslauera, Heucka, Salzera, Sitmanna, Spielmayera, Weichardta), Wydanie II. Monachium (J. F. Lehmann) 1915. Cena w oprawie 4 Mk.

Jak w wielu innych dziedzinach, tak i w piśmiennictwie lekarskiem wyciska szalejąca od roku wojna swoje piętno, stwarzając do swych potrzeb zastosowane wydawnictwa. Zdawałoby się na pozór, że zarys chirurgii polowej, wciśnięty w kieszonkową książeczkę (formatu 12×18 ctm.), o 217 stronach zaledwo — nie może mieć praktycznej wartości, a więc i nie będzie mieć powodzenia. Wojna i tu przyniosła niespodziankę, bo oto nietylko część chirurgiczna, wydana zrazu pod nazwą »Vademecum des Feldarztes«, przerabiana i uzupełniana za każdym razem według najnowszych doświadczeń, zebranych na samem polu walki i w szpitalach polowych, wychodzi przed upływem jednego roku wojny w czwartem już wydaniu, ale nawet wydana za jej wzorem część druga, głównie internistyczna, wtłoczona w ramy 247 stron, pojawia się już w drugiem wydaniu, a wkrótce ma wyjść część trzecia, ortopedyczna, opracowana przez Langego i Trumppa.

Tajemnica takiego popytu leży, zdaje się, głównie w tem, że większość lekarzy, czynnych dziś na placu boju, rekrutuje się z lekarzy praktycznych, wogóle w czasie pokoju mało mających sposobności zastosowania swych wiadomości chirurgicznych, a już z pewnością nie obeznanych bliżej ze specyalnemi zadaniami i warunkami chirurgii polowej; tym nawet tak krótki podręcznik przydaje się, zwłaszcza w początkach ich pracy na nowem polu. — Z drugiej strony nie bez znaczenia jest okoliczność, że w opracowaniu książeczki uczestniczyli autorowie wybitni, przeważnie profesorowie wszechnic niemieckich, którzy starali się i potrafili wywiązać się dobrze z zadania.

Część chirurgiczna obejmuje w rozdziale pierwszym, zatytułowanym »Krótka chirurgia polowa«, ogólne wiadomości o ranach postrzałowych i pierwszym opatrunku, o amputacyach i najważniejszych zakażeniach przyrannych, oraz o podwiązywaniu tętnic. Rozdział ten kończy się wiadomościami o organizacyi placów pierwszej pomocy, szpitali polowych i t. d. W rozdziale drugim na początku są wskazówki, jak improwizować »salę« operacyjną, dalej ustępy o znieczulaniu, tamowaniu krwotoku, o sprawach ropnych. Rozdział trzeci jest krótką »chirurgią szczegółową«, przykrojoną do potrzeb wojennych. Z praktycznych względów podano w każdym ustępie osobno wskazówki, jak postępować z każdem zranieniem na placu pierwszej pomocy, jak na placu opatrunkowym głównym, a jak w szpitalu polowym. Niewątpliwą zaletą książki jest 97 rycin, dobranych praktycznie.

Druga część książeczki nie sili się, i słusznie, na to, by streszczać wszelakie niechirurgiczne działy medycyny, boć wtedy 247 stron ledwoby wystarczyło na same tytuły... Podano tu tylko bardzo treściwie rzeczy, najprzydatniejsze z owych działów medycyny lekarzowi na placu boju. A więc lwią część miejsca poświęcono chorobom zakaźnym. Z innych chorób wewnętrznych uwzględniono tylko ostre osłabienie serca, gruźlicę, udar słoneczny i kilka tym podobnych. Nieco więcej miejsca poświęcono (ostrym głównie) chorobom nerwowym i umysłowym, stosunkowo zaś dużo miejsca chorobom oczu, uszu, nosa i gardła, wreszcie chorobom skórnym i wenerycznym, które każda wojna tak groźnie rozszerza. Dołączeniu ustępu o znaczeniu społeczno-higienicznem tych właśnie chorób i o zwalczaniu alkoholizmu — można tylko przyklasnąć. W końcu: spis leków z tłómaczeniem ich nazw na francuskie, angielskie i rosyjskie. Z.

Tablice do pouczania żołnierzy o niebezpieczeństwie stosunków płciowych (Tafeln zum Unterricht der Mannschaften bezüglich der Gefahren des Geschlechtsverkehrs). Monachium (J. F. Lehmann) 1914. — Cena 1 Mk.

Tablice, poczęści barwne, zaopatrzone krótkiemi objaśnieniami przez doc. Heucka, przedstawiają typowe obrazy zmian, wywołanych przez choroby weneryczne, a mają widocznie za zadanie przez te odstraszające przykłady krzewić wśród wojska ile możności abstynencyę płciową i uchronić przez to żołnierzy od zakażenia się. Tablice te powinienby mieć ze sobą każdy lekarz, czynny na froncie i z ich pomocą jak najczęściej pouczać żołnierzy o niebezpieczeństwach zakażeń wenerycznych. Z.

Uzupełniające kursa lekarskie (Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften), wydawane pod redakcyą dr. D. Sarasona. Monachium, nakład J. F. Lehmanna, 1914/1915. Cena za rocznik 16 Mk.

»Kursa« monachijskie, które przez pięć lat swego istnienia zjednały sobie wielką wziętość wśród lekarzy praktycznych, władających językiem niemieckim, rosyjskim i portugalskim (przed wojną wychodziły »Kursa« w takich trzech wydaniach), ukazują się i w czasie wojny, aczkolwiek nie bez trudności, z opóźnieniem terminów wyjścia, a nawet z takiemi przeszko-

dami, jak zakaz publikacyi rozprawy znanego dermatologa Blaschko przez władze wojskowe bawarskie. Ogólny program kursów nie uległ zmianie; kolejno więc poświęcany bywa, jak zawsze, zeszyt styczniowy biologii i patologii, lutowy chorobom krążenia i oddychania, dalsze chorobom trawienia, przemiany materyi, dermatologii, neurologii, ginekologii, chirurgii i t. d. W każdym zeszycie znajduje się poglądowe sprawozdanie z postępów danej gałęzi medycyny w ostatnim roku, a oprócz tego zazwyczaj jedna lub dwie monografie, dotyczące najaktualniejszych zagadnień z tej gałęzi.

Oczywiście, jak wszędzie, tak i w »Kursach« wycisnęła wojna swoje piętno. I tak n. p. grudniowy zeszyt zeszłoroczny wypełniają wyłącznie tematy z zakresu chirurgii polowej: Prof. Zeller pisze o leczeniu zakażonych ran postrzałowych kości i stawów, oraz o operacyjnem leczeniu wojennych uszkodzeń układu nerwowego; Prof. Warnekros o leczeniu złamań szczęki; Prof. Helbing o zadaniach ortopedyi w czasie wojny. Podobnie zawiera n. p. zeszyt lutowy tegoroczny rozprawy Prof. Hoffmanna: »Wpływy wojenne a choroby narządów oddechowych«; zeszyt marcowy między innemi rozprawę prof. Straussa o wpływie wojny na choroby narządu trawienia i t. d. Nie brak jednakże i rozpraw ze zwykłego zakresu, jak n. p. o otyłości (Prof. Luthje), o dyecie w chorobach jelit (Prof. Strauss), o stanowisku patologii komórkowej w nowoczesnej medycynie (Prof. Lubarsch) i t. d. »Kursów« niepodobna tu streszczać, wystarczy przypomnieć, że autorami tych rozpraw są dotychczasowi współpracownicy »Kursów, by stwierdzić, że i »wojenne« zeszyty nie ustępują co do wartości poprzednim rocznikom tego wydawnictwa.

Piśmiennictwo bieżące.

Choroby zakaźne.

Schmidt: **Rozpoznanie różniczkowe czerwonki** (Münch. med. Woch. 1914, 38). Już biegunka o nagłym początku, z silnem parciem na stolec, z częstemi, ale skąpemi wypróżnieniami powinna budzić podejrzenia. Stolce, zrazu nie charakterystyczne, wkrótce stają się znamienne: płynne, jasnoróżowe (domieszka krwi), z domieszką białawych kłaczków (drobnowidowo: strzępów obumarłego nabłonka), cuchnące klejowato. Wypróżnienia zjawiają się bez związku ze spożyciem pokarmów i bez kolki brzusznej; ból zależy tylko od parcia na stolec, utrzymującego się często i między wypróżnieniami, które są tak raptowne, że chorzy często nie mogą zdążyć zejść na stolec i przez to zanieczyszczają pościel, łóżko i podłogę. Wymioty bywają zwykle tylko raz na początku choroby; apetyt nie bywa upośledzony. Gorączka bywa prawie zawsze. Brzuch wciągnięty, niebolesny, lub tylko nieco bolesny w okolicy pętli esowatej. W odróżnieniu od tych znamion czerwonki są w ostrych zakaźnych nieżytach przewodu pokarmowego innej przyrody — stolce płynne, ale obfite, kałowate lub wodniste, bez odcienia różowego, bez białawych kłaczków, bez parcia (biegunki letnie, ostry nieżyt jelit, ostry paratyfus, cholera swojska). W prostym niezakaźnym nieżycie okrężnicy zdarza się wprawdzie gorączka i różowe (krwawe) zabarwienie stolców, tu jednak w stolcach bywa obfita domieszka śluzu, stan ogólny zwykle dość dobry, kolka brzuszna przed wypróżnieniem, natomiast brak parcia lub bardzo małe. Ropne zapalenie okrężnicy nie czerwonkowe rzadko tylko zaczyna się ostro, częściej przebiega przewlekle; w stolcach domieszka krwi nader obfita, zawsze domieszka śluzu i ropy, wypróżnienia niezbyt częste. Ostre zapalenie odbytnicy, wywołane najczęściej przez zaleganie twardych grud kału, krwawnice, polipy i t. p., odznacza się gwałtownym bolesnym skurczem zwieracza odbytu bez wypróżnień, przyczem kał jest prawidłowy.

Grober: **Leczenie czerwonki** (Dts. m. Woch. 1914, 41). Surowica Gaussa (podskórnie aż do 20 cm. sz., w razie potrzeby trzykrotnie dzień po dniu), stosowana leczniczo, działa u niektórych chorych nader rychło i wyraźnie. Natomiast działanie jej zapobiegawcze jest niepewne, co gorsza, częste są bardzo niemiłe przypady uboczne (osutka posurowicza, obrzęk gruczołów, biegunki). Ze środków przeczyszczających zaleca się olej rącznikowy w dawkach miernych (1—2 łyżek). Przetwory gar-

bnika niewiele skutkują przeciw biegunkom; najlepszy tu jeszcze jest makowiec, który nieraz trzeba podać w dużej dawce. Przeciw parciu czopki makowcowe z dodatkiem 0,01—0,02 Extr. belladonae; niekiedy i one zawodzą. Czkawkę usuwają niekiedy pigułki z lodu, czasem dopiero środki narkotyczne. Zalecana w ostatnich czasach gorąco glinka armeńska (bolus alba: 3 łyżki na dzień lub 150—300 cm. sz. naraz w wodzie lub winie) zawodzi w wielu cięższych przypadkach, natomiast w lżejszych działa istotnie korzystnie, często jednak sprawiając dolegliwości żołądkowe. Baczyć należy bardzo na stan serca i już wcześnie i energicznie stosować środki sercowe; wielu chorych uratowała kamfora (aż do 1 cm sz. co 2 godziny). Bóle zmniejsza wilgotny okład, wyjątkowo można użyć worka z lodem. Dyeta: kleik, wino (czerwone), herbata i kakao w ilościach miernych.

R u m p e l: **Leczenie czerwonki** (Münch. med. Woch. 1915, 6). Większe dawki glinki armeńskiej (bolus alba) działały dobrze, jeżeli przebieg był wogóle lekki. O szczepionce (3 razy po 0,5 do 1 gr.) wyraża się R. ostrożnie, że nie jest szkodliwą, a niekiedy pomaga. Przy zakażeniach prątkami typu Flexnera przebieg bywał lżejszy, to też zdaniem R. wobec stosunków wojennych możnaby odstąpić od zasady odosabniania roznosicieli tych prątków aż do zupełnego zniknięcia prątków z kału; natomiast zasadę tę należy ściśle utrzymać wobec roznosicieli prątków typu Shiga-Kruse, które według spostrzeżeń R. wywołują zawsze przebieg ciężki. W przewlekających się przypadkach zaleca się glinka armeńska w dawkach aż do 200 gr dziennie przez cały szereg dni, z przerwami co 3. lub 5. dzień; w tej przerwie energiczne przeczyszczenie. W razie trwałej biegunki salep, w razie silnych krwotoków z głębszych wrzodów przepłukiwania rozczynem soli kuchennej z adrenaliną, garbnikowe i t. d., w razie złego gojenia się wrzodów 1—5‰ (promille) protargol, przy wrzodach nizko usadowionych lawatywy przedłużone z glinki armeńskiej, drożdży piwnych, zawiesiny dermatolu.

R a u c h: **Leczenie cholery** (Münch. med. Woch. 1915, 5). Przedewszystkiem zaleca R. wielką troskliwość o doprowadzenie ustrojowi ciepła przez ciepłe okłady (kataplazmy) na brzuch, ciepłe przykrycie, dobre ogrzanie izby. W pierwszych dniach podawać tylko lekką herbatę z dodatkiem odrobiny koniaku, oraz kleiki. Z leków naprzemian makowiec, garbnik, glinka armeńska, azotan bizmutu, aby uzyskać działanie zbiorowe. Ze względu na serce, objawowe stosowanie naparstnicy, digalenu, kofeiny (coff. natr. benz. podskórnie); bolesne kurcze w łydkach uśmierza morfina (podskórnie lub wewnętrznie).

R a b i n o w i t s c h: **Odczyn dwuazowy i urobilinowy w durze osutkowym** (Berl. kl. Woch. 1914, 31). Oba te odczyny bywają w większości przypadków duru osutkowego wyraźne. Odczyn dwuazowy, wybitny już w pierwszych dniach choroby, znika z moczu przeważnie tuż przed przełomem, może jednak utrzymywać się niekiedy i po nim. Odczyn urobilinowy (zależny od hemolitycznego działania zarazka) pojawia się w moczu zazwyczaj na krótko przed przełomem lub zaraz po nim. Pojawienie się i utrzymywanie się tego odczynu są bardzo zmienne, zależnie od przypadku. Odczyn dwuazowy i jego stopień nie stoi w związku z ciężkością przypadku chorobowego.

W a l t e r: **O występowaniu nagminnem duru osutkowego w obozach wojska i jeńców** (Berl. kl. Woch. 1915, 40). Upatrywanie we wszach w y ł ą c z n y c h pośredników szerzenia się duru osutkowego nie jest słuszne. Pogląd ten nie wyjaśnia wielu szczegółów w epidemiologii tej choroby. Należy więc przypuścić, że szerzenie się duru osutkowego następuje także za pośrednictwem powietrza, jeżeli zarazek unosi się w niem w obfitości. (Lekarze, zwłaszcza u nas, już w dawniejszych czasach zauważyli zapobiegawcze działanie i korzystny wpływ silnego przewietrzania izb, gdzie są chorzy na dur osutkowy; w ostatnich już zaś latach lekarze nasi, pracujący w służbie rządowej w Galicyi, zwrócili ponownie uwagę na spostrzeżenia, przemawiające za miazmatycznym — w dawnem pojęciu — charakterem zarazka tej choroby. Przypisek sprawozdawcy).

H e r r n h e i s e r: **Odrębności przebiegu duru brzusznego w czasie wojny** (Wiener kl. Woch. 1915, 36). Przebieg duru brzusznego odznacza się w czasie obecnej wojny według spostrzeżeń H. pewną odrębnością w porównaniu ze zwykłym przebiegiem. Należą tu: krótkie trwanie i niewielki stopień gorączki, częsty jej spadek w postaci przełomu, częsty przebieg poronny całej choroby, nierzadkie szerzenie się osutki także na kończyny i jej postać petociowa, częste zapalenia odoskrzelowe płuc, bardzo często rychłe objawy osłabienia serca. Nawroty spostrzegał H. w 22% przypadków; w 10% widział przelotną gorączkę w czasie okresu zdrowienia (raz pojawiły się potem prątki durowe w moczu). r.

Prof. T a b o r a: **Leczenie duru w szpitalach polowych** (Münchener med. Woch. 1915, 13). W ciągu półrocznej działalności w szpitalach polowych przeprowadził T. próby u bardzo wielu chorych, posługując się metodami i środkami, które dadzą się zastosować nawet w najtrudniejszych warunkach. Na zasadzie swego doświadczenia oświadcza się T. w sprawie dyety, za utrzymaniem dyety bardzo surowej, jaką stosuje się od bardzo dawnych czasów, przy tej dyecie są bowiem wyniki co najmniej nie gorsze, niż przy stosowaniu innych metod. Twierdzenie to popiera T. ogromną statystyką. Zalecanych i dziś jeszcze kąpieli T. nie stosował z wielu względów. Przeciw zamroczeniu świadomości okazał się z używanych leków najlepszym pyramidon. Zaburzeniom krążenia starał się T. z góry zapobiegać podawaniem przetworów naparstnicy; u wszystkich chorych z wysoką gorączką i wogóle w cięższych przypadkach podawał przez 5 dni po 0,1 digipuratum 6 razy dziennie, a w bardzo ciężkich w pierwszej dobie 1,0 »in dosi refracta«. Chorzy znosili ten środek dobrze, tylko u dwóch po zużyciu 7 resp. 9 gram. zjawiły się wymioty. Po takiem leczeniu naparstnicowem pojawiały się zaburzenia ze strony serca tylko bardzo wyjątkowo, to też prawie nigdy nie zachodziła potrzeba późniejszego stosowania kamfory, ani kofeiny. T. próbował także bakteryoterapii z wynikiem, jak podaje, zachęcającym. Kn.

N o t t e b a u m: **Nalewka jodowa przy krwotokach jelitowych w durze brzusznym** (Dts. med. Woch. 1913, 49). Według dawnych spostrzeżeń miało być w durze codzienne podawanie 15—25 kropli nalewki jodowej o tyle skuteczne, że przebieg duru był przytem łagodniejszy i krótszy. Według N. ma być nalewka jodowa w durze nader skutecznym środkiem wobec krwotoków, zastosowana według następującego przepisu: Rp. Tinct. jodi gutt. XXV., Natr. jodati 0,1, Aq. menthae piper., Syr. simpl. aa 20.0, Aq. destill. ad 200.0, po łyżce stołowej zrazu co pół godziny, potem co godzinę, co dwie, w końcu jeszcze rzadziej. Przy tem leczeniu ustawały, jak podaje N., krwotoki jelitowe, opierające się wszelkim innym środkom. Również na biegunkę miał środek ten w durze działać korzystnie.

G r u m a n n: **Znamienny objaw odry** (Münch. med. Woch. 1914, 3). Według G. bywa wczesnym, dla odry znamiennym objawem pojawienie się białawych, pasemkowatych nalotów na obu migdałkach w otoczeniu zatok migdałkowych, ale niekiedy także i na wypukłościach powierzchni migdałków. Objaw ten może występować równocześnie z plamami Koplika, albo i nieco wcześniej, a polega taksamo, jak i objaw Koplika, na powierzchownej martwicy błony śluzowej. Ogólna osutka występuje w 1—2 dni później.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Rok LIV. Kraków, w Listopadzie 1915. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT,

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Od Redakcyi.

Słowa zachęty i podziękowania, nadchodzące nawet z odległych stron, dowodzą, że wznowienie wydawnictwa było istotnie na czasie. Do grona wydawców, ofiarujących środki na wydawnictwo, przyłączyli się z Krakowa koledzy: Borzęcki, Mayer, Mazurkiewicz, Radliński, Scharf; z poza Krakowa przyłączył się pierwszy kol. Dłuski z Zakopanego.

Mamy nadzieję, że autorowie prac, nadsyłanych nam do ogłoszenia, uwzględnią obecne warunki wydawnictwa, prosimy więc autorów o treściwość, o ograniczenie się w przytaczaniu piśmiennictwa do rzeczy bezwarunkowo niezbędnych, w opisach spostrzeżeń do szczegółów istotnie ważnych.

Członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich korzystają w otrzymywaniu czasopisma z praw dotychczasowych, o ile opłacą należące się do Towarzystwa wkładki, przyczem przypominamy, że wkładki te, jak i opłaty do Izb lekarskich, służą także na wsparcia dla wdów i sierot po kolegach, które teraz potrzebują pomocy więcej niż kiedykolwiek.

Doświadczenia z chirurgii wojennej 1914/15.

Podał

Doc. Dr Z. Radliński (Kraków).

Uwagi ogólne.

Nie zamierzam podnosić ogólnie znanych faktów i ustalonych zasad z dziedziny przebiegu i leczenia ran wojennych. Za zadanie swoje uważam ogłosić wyniki, otrzymane postępowaniem, w kilku dziedzinach odbiegającem od postępowania typowego. Podnieść muszę, że t. zw. typowe postępowanie musiało w wielu dziedzinach, wskutek udziału w lecznictwie wojennem szerokich warstw lekarskich, nie wyszkolonych specyalnie chirurgicznie, uledz ile możności udostępnieniu i uproszczeniu. Nie można było przed lekarzami, do tego nieprzygotowanymi, stawiać zadań, dla nich niewykonalnych. Przeprowadzenie postulatów operacyjnych i wogóle leczniczych w szerszym stylu, stosowanych przez lekarzy nie-fachowców chirurgów, musiałoby pociągnąć za sobą następstwa dla rannych niepomyślne. A przecież — »primum non nocere«. Wskutek tego »typowe« postępowanie musiało uledz na ogół pewnemu uproszczeniu i rzecz oczywista, że odstępstwa od typu stają się dozwolone w miarę uzdolnienia danego fachowego chirurga, oraz zależnie od warunków warsztatu jego pracy.

Moja działalność na polu chirurgii wojennej dzieli się na dwa okresy. Pierwszy obejmuje pierwsze 3 miesiące wojny i dotyczy materyału szpitala garnizonowego w Krakowie. Z powodu ogromnego nawału pracy nie mogłem w tym okresie wyjść poza najniezbędniejsze czynności lekarskie. Działalność operacyjna z powodu warunków zewnętrznych była utrudniona. Ocenić wyniki było prawie niepodobna z powodu konieczności usuwania operowanych w głąb kraju, skoro tylko transport mógł być bez większej szkody dla chorego podjęty, niestety czasem nawet przed tą chwilą. To są smutne, twarde konieczności wojny z dziedziny tych samych, jakie w pobliżu frontu tak znacznie paraliżują najlepsze chęci i najwyższe uzdolnienia poszczególnych lekarzy. Aczkolwiek zdobyte doświadczenia, zwłaszcza w dziedzinie organizacyjnej, bardzo wiele w tej sprawie polepszyły, to jednak nie wolno nam oczu zamykać na fakt, że tak, jak bolesną koniecznością wojny jest śmierć ludzka na polu walki, tak też i całokształt postępowania z rannymi odbiegać musi niestety od norm pokojowych, odbiegać w kierunku niekorzystnym

Dopiero dalej, w głębi kraju, w warunkach do pokoju zbliżonych, powstawać mogą i muszą punkty lecznicze, dobrze urządzone, w których na przebieg leczenia nie ma wpływu nic innego poza samą sprawą chorobową.

Kierownictwo jednej z takich stacyi chirurgicznych, w pawilonie chirurgicznym szpitala fabrycznego w Witkowicach na Morawach, objąłem od listopada 1914 i tu dopiero zaczyna się drugi, prawdziwie owocny okres mej pracy. Sam warsztat pracy, pawilon, z chwilą wybuchu wojny zaledwie wykończony, jest zakładem dla 90 chorych,

zbudowanym z przepychem najlepszych współczesnych zakładów leczniczych. Warunki światła, powietrza (wentylacya, ozonizacya), przestrzeni, komfortu, — wprost wzorowe. Warunki techniczne sal operacyjnych i innych urządzeń pomocniczych zupełnie dobre i pozwalające na wykonywanie wszystkiego, co dzisiejsza chirurgia do swych zdobyczy zalicza.

Bardzo ważnym korzystnym czynnikiem leczniczym była ta okoliczność, że nie musiałem chorych z oddziału usuwać bez względu na ich stan i miałem ich w opiece aż do okresu, który, przynajmniej »quoad vitam«, już wątpliwości nie pozostawiał. Natomiast dla szybszej przemiany materyału pomyślną była obecność w bezpośredniem sąsiedztwie lazaretu, adaptowanego ze szkoły, dokąd mogłem chorych w dalszych już pooperacyjnych okresach przenosić na doleczanie i gdzie również mogli oczekiwać chwili, odpowiedniej do operacyi, ci chorzy, u których na razie operacya byłaby przedwczesną (przypadki ropień kostnych, urazów pni nerwowych i in.). Lazaret ten pod moim dozorem prowadził jeden z moich asystentów. Nie mogę pominąć bardzo pod względem sanitarnym ważnego faktu, świadczącego o dobrej organizacyi, że przed przybyciem do pawilonu, czy też lazaretu, ranni przechodzili odpowiednią kwarantannę oraz czyszczenie z brudu i robactwa w osobnym, zdala położonym oddziale, t. zw. koszarach. Tylko rannym, wymagającym szybkiej pomocy chirurgicznej, dozwolona była droga wprost na oddział chirurgiczny, tu jednak tacy ranni bywali pomieszczani przez czas pewien zupełnie osobno.

Powyżej wspomniane korzystne warunki oddziału skłaniały kierowników licznych szpitali w okręgu Morawskiej Ostrawy do przenoszenia chorych z poważnemi sprawami dla operacyi do pawilonu w Witkowicach. Naturalnie miało to również korzystny wpływ na jakość mojego materyału.

W ostatnich tygodniach, wskutek znacznego oddalenia się linii frontu i uruchomienia wielkiej liczby dobrych szpitali między tą linią a tutejszym okręgiem, napływ rannych osłabł i również obniżyła się znacznie doniosłość oraz świeżość przysyłanych uszkodzeń. Ponieważ najpewniej ten stan rzeczy utrzyma się i nadal, mogę ten okres działalności uważać za skończony lub conajmniej kończący się, i to skłania mnie do opisu już teraz.

Wszystkie niemal spostrzeżenia i doświadczenia oraz wyniki moje przedstawiałem na regularnie odbywających się w Morawskiej Ostrawie posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego, na t. zw. wieczorach chirurgii polowej, gdzie udział brali lekarze miejscowi wraz z czynnymi w okręgu lekarzami wojskowymi.

Chirurgia części miękkich.

Rany tej grupy różnią się od siebie znacznie, zależnie od tego, czy zadane są z broni palnej ręcznej, czy też przez artyleryę. Rany od broni białej — bagnet, szabla — należały przez cały czas do rzadkości i nie wymagają osobnego uwzględnienia. Rany artyleryjskie są na ogół niepomiernie groźniejsze od ran karabinowych, a to wskutek znacznie większego zmiażdżenia tkanek zarówno kulami szrapnelu, jak odłamkami granatu, znacznie większych rozmiarów otwartej rany — i, co za tem idzie, znaczniejszego zakażenia ran. Ogromna liczba ran artyleryjskich, w pewnych okresach nawet ich przewaga, mimowoli nasuwa myśl, czy nie należałoby humanitarnego oburzenia na pociski »dum-dum« rozszerzyć i na pociski armatnie. Jeżeli nie, to głośne wzajemne oskarżanie się stron wojujących o używanie kul »dum-dum« i innych rozrywających kul karabinowych trąci cokolwiek hypokryzyą. Widocznie wojna ma swoje twarde konieczności, a tak podnoszona »humanitarność« dzisiejszej broni ręcznej nie była celem, do którego dążono przy jej doskonaleniu, ale tylko przypadkowem zjawiskiem ubocznem.

Bardzo wyraźnie na przebiegu ran odbijał się wpływ pierwotnego opatrunku. Opatrunek nałożony w porę, umiejętnie, nie zamoczony i nie zsunięty, zapewniał ranom, zwłaszcza karabinowym, bardzo często przebieg łagodny i gładki. Widoczne były pod tym względem zarówno wpływy wprawy personalu opatrującego — coraz korzystniejsze — jak i następstwa suchych lub dżdżystych, błotnistych okresów roku. Okresy dżdżyste miały nieraz na drobne nawet uszkodzenia wpływ zgubny. Tosamo można powiedzieć o warunkach transportu. W miarę nabywanego doświadczenia niewątpliwie coraz lepsza organizacya transportu rannych, oraz ulepszenia w zakładanych — a tak ważnych — unieruchomieniach, wybitnie korzystnie wyróżniały rannych z ostatnich miesięcy od rannych z pierwszych okresów wojny.

Do typowych powikłań rany należą oczywiście najczęściej ropne jej zakażenie, wraz z szerzeniem się sprawy na otoczenie: ropowica (phlegmone). W odpowiedniej chwili wykonane szerokie nacięcie z otwarciem zatok, sączkowanie sączkami gumowymi, oraz luźno wprowadzaną gazą — taką czy inną, byle jałową — zawsze niemal wiodą do celu. Najusilniej ostrzedz należy przed silnem szczelnem tamponowaniem ran gazą, zwłaszcza w razie niewielkiego cięcia i znacznej jamy ropnej; wiedzie to zawsze do zatrzymania się wydzieliny, oraz szerzenia się sprawy w kierunku mniejszego oporu — na otaczające tkanki zdrowe. Wybitnym czynnikiem pomocniczym w leczeniu zakażeń ropnych okazał się opatrunek wilgotny, przesycony jakimś jałowym, lub lekko odkażającym płynem (octan glinowy), pokryty warstwą batystu Billrotha lub papierem parafinowanym. O ile opatrunek taki jest dobrze nałożony i nie wysycha przed czasem (warstwa nieprzemakalna powinna wszędzie wystawać na kilka centymetrów poza sam opatrunek), daje on korzyści następujące: 1) wytwarzane ciepło wywołuje czynne przekrwienie miejscowe i wzmaga zdolność obronną tkanek; 2) nie dopuszcza do zasychania wydzieliny w strup, zamykający odpływ z rany i pozwala niekiedy ograniczyć nawet rozmiary cięcia; 3) działa niewątpliwie kojąco na ból. Cały szereg wspomnień, gdy ranni, znający z długiego leczenia opatrunek suchy i wilgotny, prosili usilnie o opatrunek wilgotny — za tem przemawia. Należy skórę w otoczeniu rany pokrywać zawsze warstwą waseliny, aby zapobiedz maceracyi i wszczepianiu się drobnoustrojów z rany do otworów skórnych (wyprysk, czyraki) (Lexer).

Nawet przy ranach części wyłącznie miękkich, o ile są w stanie zapalnym, często okazuje się potrzeba unieruchomienia zapomocą szyn (nie za krótkich). Zapewniają one ranie pożądany spokój. Zgodnie z wielu innymi odradzał-

bym twardniejącą opaskę krochmalną, ponieważ zachęca ona nieraz do trzymania opatrunku bez zmiany dłużej, niż należy, łudząc swym czystym pozorem.

W sprawie zapobiegania powstaniu zakażeń ropnych, czy też znaczniejszemu ich rozwojowi, przez wczesne wycięcia części zranionych niemam doświadczenia osobistego. Przez nieznanych mi bliżej chirurgów francuskich, jak wiem o tem z ustnych sprawozdań kolegów, mających styczność z frontem zachodnim, bywa wykonywane wycięcie ile możności dokładne kanału rany od broni ręcznej i szew zupełny — nawet przy ranach czaszki. Wyniki nie są mi znane, a postępowanie to uważam conajmniej za ryzykowne.

Wobec szarpanych ran od granatów bywa stosowane (Müller-Rostok i in.) doraźne, wczesne, szerokie nacinanie, otwieranie uchyłków i zatok, usuwanie części zmiażdżonych pod kierunkiem badania rany ręką w rękawiczce gumowej. Jak wspomniałem, w sprawie tej nie mam doświadczenia osobistego, ponieważ nie miałem do czynienia z ranami dość świeżemi. Albo już zaznaczała się skłonność do sklejania się doraźnego rany, albo było już wyraźne zakażenie ropne.

Do dość częstych powikłań zakaźnych ran postrzałowych należy w wojnie obecnej t. zw. ropowica (względnie zgorzel) gazowa. Wszyscy koledzy, pracujący blizko frontu osobiście spostrzegali liczne przypadki tej sprawy i podejmowali z nią mniej lub bardziej skuteczną walkę, wogóle skuteczniejszą, niżby to spostrzeżenia z czasów pokoju pozwalały przypuszczać.

Ponieważ najczęściej powikłanie to zjawia się w ranie w pierwszych 6 dniach (Franz) i odrazu stwarza bardzo ciężki obraz chorobowy, uniemożliwiający transport rannego, — więc do mojej stacyi chirurgicznej dostawały się tylko rzadkie przypadki późniejsze, w liczbie 4. Z tych chorych 2 zapomocą amputacyi zostało uratowanych, 2 zmarło pomimo amputacyi i nacięć. Niekiedy obraz bywa niezupełnie wyraźny i nie należy za zgorzel gazową uważać każdej takiej zgorzeli, gdzie w obrębie tkanek już martwych występuje pienista posokowata wydzielina (jak to bywa przy zgorzelach wskutek przerwania naczyń odżywiających, n. p. na goleni), ale tylko te przypadki, gdzie pod powłokami powyżej zgorzeli tworzą się gazy. Powłoki mają w tych razach zabarwienie szare z brunatnemi smugami (wzdłuż żył — hemoliza), są rozdęte, trzeszczą przy dotykaniu, dają przy opukiwaniu dźwięk poduszki z pierzem. Sprawa szerzy się szybko, a nie leczona, w ciągu dni paru wiedzie do śmierci. Mają istnieć klinicznie dwa typy — lżejszy, podskórny, nadpowięziowy i cięższy, podpowięziowy, międzymięśniowy (Payr). Osobiście widziałem tylko ten drugi, a właściwie połączenie obu. Badań bakteryologicznych nie przeprowadzałem. Podejmowano je na froncie francuskim i znaleziono prątki Fränkla (bacillus emphysem. Fränkel), oraz czasem prątki obrzęku złośliwego.

Ze sposobów leczenia: szerokie nacięcia, sięgające aż w tkanki zdrowe, z przemywaniem ran wodą utlenioną, wdmuchiwania tlenu (Thiriard) i amputacya, — w moich późnych, a jednak bardzo ciężkich przypadkach stosowałem tylko amputacyę poza granicami widocznej zgorzeli, ale jeszcze przeważnie w obrębie gazowo trzeszczących tkanek, z dodatkiem podłużnych głębokich cięć z luźną tamponadą gazą, przesyconą wodą utlenioną. Wdmuchiwań tlenu nie robiłem.

Na wzmiankę zasługuje przypadek złamania postrzałowego w górnej połowie uda, dostarczony w tydzień po zranieniu w dobrym opatrunku gipsowym, w stanie ogólnym dobrym, bez bólów, z ciepłotą poniżej 38° i odpowiednem tętnem. W ciągu pierwszej doby pobytu na oddziale występuje krwotok. Natychmiast zdjęcie gipsu, przy ucisku na tętnicę udową pod więzadłem Pouparta szerokie otwarcie obu, nadspodziewanie silnie zakażonych ran postrzałowych na udzie, ujęcie i podwiązanie krwawiącej gałęzi tętnicy udowej głębokiej, usunięcie paru luźnych odłamków z rozległego złamania. Unieruchomienie na szynie. Nazajutrz wśród pogorszenia stanu ogólnego — trzeszczenie skóry, sięgające aż na brzuch, wysoka ciepłota. Niezwłoczne wyłuszczenie uda w stawie biodrowym oraz nacięcia poza obręb powłok trzeszczących, tamponada z H_2O_2 — nie pomogły; śmierć w ciągu najbliższej nocy. Zgorzeli kończyny poniżej strefy zakażonej nie było.

Co do techniki amputacyi w przypadkach zgorzeli gazowej, a także i innych ciężkich zakażeń ropnych, to polecana bywa t. zw. linijna (raczej jednopłaszczyznowa) poprzeczna amputacya, podana przez Kauscha. Przy tym sposobie, o ile zabieg utrzyma chorego przy życiu, tkanki przy gojeniu się kurczą się i zawsze wytwarza się kikut stożkowy z kością, sterczącą ponad poziom części miękkich. Czasem może doprowadzić do zagojenia się kikuta stosowanie wyciągu plastrowego na części miękkie; przeważnie pozostają uporczywie, miesiącami wrzodziejące powierzchnie, w środku których sterczy kość. Kikut, nadający się do oparcia i dźwigania ciężaru, należy w tych przypadkach do wyjątków, w zasadzie konieczne bywa obcięcie wtórne kilku centymetrów kości — reamputacya. Tym niepomyślnym wynikom amputacyi poprzecznej udało mi się zapobiedz przez jej odmianę, zastosowaną w 15 przypadkach, z których ani jeden nie musiał być później reamputowany. Odmiana polega na wytwarzaniu przy operacyi dużych, o połowę dłuższych, niż zwykle, płatów części miękkich (skórnomięśniowych). Prawda, że przez to kość trzeba przepiłować trochę wyżej, ale ta różnica nie przenosi długości tego kawałka kości, któryby bez tego trzeba później reamputować, jak się przekonałem przy licznych reamputacyach. Ranę między płatami wypełniam luźno gazą i nie daję ani jednego szwu. Po ustąpieniu sprawy zakaźnej, przeważnie ładnie i szybko u młodych ludzi ziarnkujące płaty najpierw przykrywają kość, a potem zrastają się ze sobą, tworząc miękki, na końcu prawidłowy kikut, niekiedy wyglądający tak, jak po amputacyi zwykłej, zaszytej, tak wązka bywa blizna. Czasem zachodzi możliwość przyspieszenia gojenia przez szew wtórny, a zawsze niemal przez ściąganie paskami przylepca. Początkowo przy wykształcaniu tej metody stosowałem niekiedy na ramieniu i udzie wytwarzanie z części miękkich głębokiego stożka (lejka) z kością w wierzchołku, później jednak stale trzymałem się sposobu długopłatowego, ponieważ rana jest gładsza i lepiej się goi. W ten sposób ani razu nie musiałem reamputować moich amputacyi, a po innych operatorach reamputowałem nieraz, i przekonałem się, że nie jest to zabieg zupełnie prosty, o ile ma mieć dobry skutek. Przedewszystkiem kości trzeba zwykle odciąć około 6—8 cm, aby kikut był dość miękki na końcu, a poza tem operacya, wykonana przy niezagojonej ranie — a tak bywa przeważnie — wy-

wołuje zakażenie otwartych na nowo zdrowych tkanek i silny odczyn pooperacyjny w postaci znacznego podniesienia się ciepłoty i bolów. Objawy te u moich chorych wprawdzie po kilku dniach zawsze ustępowały, ale można sobie wyobrazić przypadek, gdzie doprowadzą do poważniejszych następstw. Przemawia to przeciw podnoszonej przez Kümmla niewinności reamputacyi.

Jak przeciw typowej amputacyi poprzecznej, taksamo oświadczyłbym się również przeciw wszelkim wymyślniejszym, zwłaszcza kostnowytwórczym (Pirogow, Gritti) metodom, stosowanym przy istnieniu sprawy zakaźnej, dającej do amputacyi powód. Skomplikowane rany goją się źle, szwy trzeba przed czasem puszczać, w płatach zawarte odcinki kostne (rzepka) ulegają zgorzeli — i w wyniku leczenie długie, niebezpieczne z powodu możliwości zatok, — a w końcu znów reamputacya.

Tężca spostrzegałem na szczęście mało, wszystkiego 11 przypadków. Mówię na szczęście — ponieważ tylko jeden z tych chorych uszedł z życiem, pomimo, że przeważnie miałem przypadki o dłuższym okresie wylęgania — powyżej tygodnia, co podług ogólnie panujących poglądów ma być okolicznością pomyślną. W dwu z moich straconych przypadków trwał okres wylęgania się choroby 3 tygodnie. Dwaj znów chorzy, jeden ze wspomnianym 3-tygodniowym okresem wylęgania, ulegli chorobie i zginęli, pomimo że zastosowano zapobiegawcze wstrzyknięcie surowicy swoistej antytoksycznej w ilości 40 jednostek. Co prawda, wstrzykiwania te wykonano dopiero w 3 i 4 dni po zranieniu, a nie w ciągu pierwszej doby.

Leczniczo stosowałem surowicę antytoksyczną codziennie w ilości 100—200 jednostek, począwszy od spostrzeżenia pierwszych objawów (trudność w połykaniu, rozpoczynający się szczękościsk; t. zw. tężca miejscowego, polegającego na skurczach mięśni w odcinku, sąsiadującym z zakażoną raną, nie widziałem ani razu) Stosowałem surowicę najczęściej do żyły, czasem podskórnie, a w dwóch przypadkach lędźwiowo pod oponę rdzenia. Pomocniczo stosowałem wstrzykiwania pantoponu 3—4 razy dziennie po 0·02, chloral po 1·0 na dawkę wewnętrznie i przez odbyt, odosobnienie dla unikania podniet zewnętrznych, pobudzających do skurczów. Trwanie choroby od pierwszych objawów do śmierci wynosiło 36 godzin do 10 dni.

W przypadku wyleczonym (wylęganie 8 dni) wskutek tego, że po trzecim dniu leczenia zabrakło surowicy, stosowałem w jej zastępstwie w ciągu 4 dni śródżylne wstrzykiwanie raz na dobę 3% rozczynu siarczanu magnowego w ilości 100 cm³ (Straub). Widziałem po tych wstrzykiwaniach wybitną podmiotową, acz tylko parogodzinną poprawę. Chory się uspokajał, mógł dobrze połykać; o wstrzykiwania bolesne, połączone z preparowaniem żyły, dopraszał się. Dni z wstrzykiwaniami surowicy było 10 (aby uniknąć wstrząsu anafilaktycznego), potem już tylko środki kojące. Stan skurczowy, coraz słabszy, przeciągnął się poza 3 tygodnie. Przytem chory przebył niezbyt silne ogniskowe aspiracyjne zapalenie płuc.

Nieliczny mój materyał nie upoważnia mnie do żadnych wniosków i skłania mnie do przyłączenia się do tych, którzy leczenie tężca już wybuchłego, zwłaszcza zapomocą surowicy swoistej, oceniają niekorzystnie.

Zaznaczyć muszę, że zgodnie ze zdaniem bakteryologów nie uważam za właściwe przenosić chorych z tężcem do oddziałów chorób zakaźnych. Oddziały takie przeważnie prowadzą lekarze, chirurgicznie nie wyrobieni. a zarówno technika wstrzykiwań, jak równoległe leczenie rany, wymaga tego wyrobienia. Niebezpieczeństwo przeniesienia choroby, przy sumiennym i świadomym personalu nie istnieje, lub nie przekracza tych rozmiarów, jakie daje błoto uliczne z zarodnikami tężca, wniesione na salę chorych na obuwiu.

O puchlinie głodowej.

Podali

Dr B. Budzyński i K. Chełchowski.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Sosnowcu w dniu 17. lipca 1915.

(Dokończenie).

Osłabienie mięśniowe u naszych chorych, z wyjątkiem może najwcześniejszego okresu choroby, zawsze niemal zresztą można było stwierdzić. Wielu z naszych chorych przed przybyciem do szpitala leżało w łóżku od paru tygodni lub miesięcy z powodu osłabienia. Chorzy ci przy badaniu nie mogli w łóżku usiąść bez pomocy rąk, przy zakładaniu spuchniętej nogi jednej na drugą pomagali sobie również rękami; wyprostowanie się po przykucnięciu było dla nich niemożliwe. Wogóle gruba ich siła mięśniowa — ściskanie ręki, stawianie oporu przy ruchach biernych — była tak osłabiona, że u innych chorych nazwałoby się to bez wahania niedowładem. Chorzy tacy nie mogą przejść przez salę, zataczają się, chwytają łóżek, na jednej nodze ustać nie mogą. $2^1/_2$-letni chory, który już dobrze chodził i mówił, a mocz i stolec oddawał prawidłowo, po paru miesiącach puchliny głodowej przestał chodzić, przestał mówić, mocz i stolec oddawał pod siebie. Po zniknięciu puchliny działalność zwieraczów wkrótce uregulowała się; dziecko powoli zaczęło chodzić; mowa wracała daleko powolniej Przykłady powyższe dotyczą dalej posuniętych okresów choroby. We wcześniejszych jej okresach osłabienie objawia się niezdolnością do pracy, wyczerpywaniem się przy pracy, niemożnością chodzenia pod górę, po schodach, zadyszką i mdleniem nóg przy dłuższem chodzeniu. O dziecku, na pozór jeszcze dość silnem, matka wspominała, że zdążyć za nią nie może, że prosi ją, by wolniej szła, czego dawniej nigdy nie bywało. O omdleniach z utratą przytomności chorzy nasi nie wspominali. U trzech jednak osób przy braniu krwi z palca do badania widzieliśmy ciężkie i uparte mdłości i wymioty; ten ich stan wymagał nawet środków zaradczych (poziomego ułożenia, skropienia wodą, wąchania eteru).

Trudno jednak byłoby orzec, o ile opisane osłabienie mięśniowe powinniśmy wiązać z puchliną głodową, jako chorobą, o ile zaś trzeba je policzyć na karb niedostatecznego i nieodpowiedniego pożywienia. Zarządzający jedną z kopalni opowiadał nam, że przez jakiś czas nie mógł się posługiwać pracą dziewcząt przy przewożeniu węgli taczkami. Do zajęcia tego zwykle posługiwano się dziewczętami

ze względu na pobieraną przez nie niższą płacę. Teraz w końcu zimy i początku wiosny trzeba było je odprawić, bo nie zdołały pchać taczek z węglem. Słyszeliśmy również, że przy pracy na wymiar w kopalni górnicy zarabiają dziś znacznie mniej, niż dawniej, jakkolwiek wysiłek na nich widać ten sam (zadyszanie, pot na twarzy), a nawet większy, niż zwykle. To też i w częstych teraz narzekaniach na rozleniwienie tutejszej ludności, na niechęć głodnych do wynajmowania się do pracy, trzebaby się liczyć z istotną niezdolnością tych ludzi do pracy, z łatwem ich wyczerpywaniem się.

Wyniszczenie naszych chorych zwykle bywa zamaskowane przez puchlinę i w całej pełni wpada w oczy dopiero po zniknięciu obrzęków. O paru z obserwowanych przez nas dzieci można było użyć wyrażenia: »skóra i kości« bez najmniejszej przesady. Jeden z dorosłych naszych chorych, średniego wzrostu, jeszcze przed ostatecznem zniknięciem puchliny ważył 46·1 kg., 14-letni chłopiec po zniknięciu puchliny 26 kg. Bladość skóry, a zwłaszcza błon śluzowych u wszystkich naszych chorych była wyraźna.

O zaburzeniach w czynnościach przewodu pokarmowego, czy to jednoczesnych z puchliną głodową, czy też ją poprzedzających, można było wydobyć odpowiednie dane od bardzo wielu naszych chorych. Chorzy nasi naogół byli bardzo apatyczni, o czem niżej jeszcze będzie mowa, odpowiadali niechętnie, dając tylko konieczne odpowiedzi. Wskutek tego te szczegóły z wywiadów udawało się nam niezawsze dostatecznie wydobyć. Blizko połowa tych chorych skarżyła się na brak apetytu; niektórzy nawet na wstręt do jedzenia. Wielu wreszcie miewało po jedzeniu wymioty. Co prawda, wszystko to dotyczyło zwykłego ich pożywienia, t. j. ziemniaków, barszczu (żuru) i innych zup z kuchni dobroczynnych, oraz chleba, często bardzo źle przygotowanego do jedzenia. Ściskania w dołku, odbijania, nudności, stanowiły dość częstą skargę. Podobnież wzdęcia brzucha i wiatry. Widzieliśmy dziecko, które dany mu landrynek po skosztowaniu odrazu rzuciło na ziemię, natomiast chleb z masłem jadło z widoczną chciwością. Wypróżnienia przeważnie były rozwolnione, przyczem u jednych z naszych chorych biegunka taka nie wyróżniała się niczem szczególnem (kilka wolniejszych wypróżnień na dobę, czasem z lekkiemi boleściami), u innych natomiast biegunka wskazywała na przeważny udział kiszki grubej, a nawet odbytnicy: wypróżnienia bardzo częste, skąpe, ze rznięciem, z wydymaniami, śluzem, a nawet i krwią. U kilku naszych chorych można było się wahać, czy nie uznać ich biegunki za przewlekłą czerwonkę. Wypróżnienia często zdarzają się nietylko w dzień, ale i w nocy — objaw, naogół właściwy cierpieniom kiszek, mającym wyraźną podstawę anatomiczną. Kilku chorych wspominało, że zdarzało im się oddawać wypróżnienia w łóżko lub w ubranie wskutek niemożności powstrzymania parcia na stolec. Wydawałoby się jednak, że zaburzenia te w trawieniu, aczkolwiek bardzo częste, stałemi nie są. Z 55 naszych chorych jakaś czwarta część nie wspominała o żadnych zaburzeniach w trawieniu. Być może jednak, powtarzamy, że pytania nasze w tym kierunku nie były dość uparte, natarczywe, co wobec apatyi chorych i odpowiadania niektórych monosylabami należałoby uważać za konieczne. Przy roślinnem, grubem pożywieniu większość ludności Sosnowca ma obecnie stolce rozwolnione; biegunki panowały tu przez całą zimę. Chorzy przestali niejako uważać biegunkę za coś nieprawidłowego, osobliwego. Niektóre dzieci w szpitalach rozpytywaliśmy bez udziału rodziców. I rodzice zresztą na mniejsze stopnie biegunki u dzieci nie zwracają uwagi. W każdym razie stanowczo stwierdzić musimy, że chorych, badanych przez nas w ostatnich kilku tygodniach, niemal bez wyjątku mogliśmy się dopytać, iż na tydzień, dwa, cztery, przed zjawieniem się puchliny, zapadli na biegunkę lub też, co rzadziej, na biegunkę i wymioty. Chorzy, nie wspominający wcale o biegunce, pochodzą z pierwszych tygodni zajęcia się naszego puchliną głodową.

I kol. Starkiewicz i Żołędziowski stwierdzali często u swoich chorych biegunkę, czasem z wydymaniem i krwią, czasem z wymiotami. (Kol. Starkiewicz widywał też przed puchliną okres nieżytowy — nosa i górnych dróg oddechowych).

Jakkolwiekbądź — przypadki puchliny bez biegunki widywaliśmy jednak i sami i słyszeliśmy o nich od innych kolegów (n. p. Suchodolskiego).

Prócz wspomnianej dopiero co apatyi, niechęci do odpowiedzi, u niektórych naszych chorych przypuszczalibyśmy pewien upadek władz umysłowych. Po wyzdrowieniu takiego chorego można było zebrać odeń bez porównania dokładniejsze wywiady, niż na szczycie choroby. Chory taki rozwodził się szeroko na takie pytania, które poprzednio zostawiał bez odpowiedzi. Na ogół chorzy byli przygnębieni i złej myśli o sobie. Nieraz zdarzyło nam się słyszeć pytania: »czy też ze mnie będzie co jeszcze«, albo przy pierwszych objawach poprawy, niezawsze nawet stanowczych, uwagi: »to może ja będę żył jeszcze«. Wreszcie przy zbieraniu krwi, rozmowy: »Dawniej po lada draśnięciu krew płynęła z nas, że ją tamować trzeba było, a dzisiaj panowie kłują nas tak głęboko, a krew wcale płynąć nie chce; niema już w nas krwi, nic z nas już chyba nie będzie«. Na pytanie, czy puchlina się zmniejsza, odpowiedź: »skąd tam ma się zmniejszać, prędzej urosła«. Dzieci, dotknięte ciężką postacią tej choroby, wyglądały i zachowywały się, jak gdyby dotknięte jakąś chorobą gorączkową.

Obok tej depresyi i nastroju, jakby melancholicznego, zaznaczyć możemy objawy niedokrwienia mózgu: zawroty głowy, szum i dzwonienie w uszach i zwłaszcza częstą skargę, ćmienie przed oczyma. W okresie poprawy chorzy nieraz zaznaczali, że im się jakoś lepiej zrobiło w głowie. Kilku naszych chorych uważaliśmy za upośledzonych umysłowo; jeden z nich niewątpliwie przypominał kretyna. Chory kol. Perelmana cierpiał na obłęd z podnieceniem.

Co do zmysłu wzroku, to na pierwszym planie wymienić trzeba ślepotę zmierzchową, która nietylko panowała w Sosnowcu jednocześnie z puchliną głodową (od lutego według księgi chorych kol. Hulanickiego), ale występowała nieraz u chorych dotkniętych puchliną, poprzedzając ją zwykle. (Chorzy tacy często pierwej zdrowieli z kurzej ślepoty, a potem dopiero puchli). Chorych takich mamy 9. Kol. Zahorski znalazł oba te cierpienia jedno obok drugiego u 8 chorych, kol. Starkiewicz u 3, razem 20 chorych, t. j. 8·9%, co wobec mnóstwa między chorymi drobnych dzieci, u których stwierdzić ślepotę zmierzchową byłoby bardzo trudno, stanowi odsetkę poważną. Wreszcie 5 z naszych chorych wspominało o ślepocie zmierzchowej u matki,

brata, u żony i córki, a dwaj u czworga rodzeństwa. Jeden z chorych kol. Starkiewicza dostał ślepoty zmierzchowej już po wyzdrowieniu z puchliny. O wiele rzadziej (kilka razy tylko) i my i inni koledzy widywaliśmy u dotkniętych puchliną zeschnięcie spojówki (xerosis conjuctivae). Cierpienie to, w postaci złuszczenia nabłonka spojówki u skroniowego brzegu rogówki, widywał kol. Hulanicki w połowie przypadków ślepoty zmierzchowej, a w 3 przypadkach złuszczenie nabłonka samej rogówki. Kilkakrotnie i my i kol. Zahorski, Starkiewicz widzieliśmy zmętnienie lub owrzodzenie rogówki. Kol. Hulanicki u paru chorych w r. b. znalazł niedowidzenie (amblyopia) nietylko po zmierzchu, ale i w dzień na tle niedokrwienia siatkówki. Paru naszych chorych skarżyło się jakgdyby na łatwe wyczerpywanie się akomodacyi: przy próbach czytania musieli wkrótce rzucać książkę z powodu niemożności czytania i ćmienia się w oczach. U paru innych chorych wpadało nam w oczy osłabienie poczucia barw, które zazwyczaj u naszej ludności pracującej jest raczej bardzo subtelne i dokładne. Wniosek ten wyciągaliśmy przy oznaczaniu hemoglobiny w ich własnej krwi. Kilku chorych skarżyło się na osłabienie słuchu, które można było stwierdzić i przedmiotowo.

Przeważna większość chorych w wieku dojrzałości płciowej zaznaczała zupełny brak popędu płciowego, nawet wzwodów i polucyi, często jeszcze na długo przed początkiem choroby. Dwóch mężczyzn zaznaczało tylko znaczne osłabienie popędu płciowego w porównaniu z dawniejszym czasem. Kobiety w tym wieku często, ale bynajmniej nie zawsze, przestawały przedwcześnie miesiączkować. W ambulatoryum dla najuboższych skargi na brak miesiączkowania powtarzają się niesłychanie często u większości kobiet.

Naogół zmiany we krwi znaleźliśmy nie tak wielkie, jakby można było z góry oczekiwać. Najstalszą i najjaskrawszą jest ubytek hemoglobiny. W przeważnej większości oznaczeń (27 na 41) odsetka hemoglobiny wynosiła 41—60%. U 7 chorych odsetka ta była jeszcze niższa: 30—40%, u 7 natomiast wyższa: 61—76%. Wskaźnik ciałka czerwonego zawsze, bez wyjątku był zmniejszony: u wielu chorych do połowy, u niektórych do $^1/_3$, a raz tylko przekraczał $^3/_4$. Z 22 badanych w tym kierunku chorych, wskaźnik krwinki 18 razy wahał się między $^1/_2$ a $^2/_3$, raz nie dochodził $^1/_3$, a trzy razy przewyższał $^2/_3$.

Liczba krwinek okazywała o wiele słabszy ubytek. Zazwyczaj (w 13 oznaczeniach) wynosiła 4—4·9 milionów, u 5 chorych wynosiła 3—4 milionów, u trzech chorych 2,640,000 do 3,000,000, u jednego wreszcie 6,500,000.

Nierówność krwinek (anizocytozę), krwinki maleńkie (mikrocyty), widywaliśmy dość często, rzadziej polichromazyę (barwienie się obu barwikami, kwaśnym i zasadowym, właściwość, cechującą młode krwinki). Normoblasty (krwinki o jednem, ciemno barwiącem się jądrze) widywaliśmy u 15 naszych chorych, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Większe liczby normoblastów spotkaliśmy u 5 chorych; stanowiły one od 1%—4·7% ciałek białych. Natomiast liczniejsze cienie krwinek (stromata) widzieliśmy u kilku zaledwie chorych, i to w małej ilości. Surowicy zabarwionej na różowo, wielkich krwinek wielojądrzastych (megaloblasty), nie spotkaliśmy ani razu. Poikilocytozy w wybitniejszym stopniu, megalocytów (wielkie krwinki) także nie widywaliśmy. Jedno i drugie wskazywałoby na równi z powiększonym wskaźnikiem krwinek na niedokrwistość złośliwą hemolityczną. Zachowanie się więc krwinek świadczy o nienajgorszej jeszcze produkcyi erytroblastycznej tkanki u naszych chorych, oraz o nie nazbyt wysokim stopniu niedokrwistości.

Co do liczby ciałek białych, to naogół znaleźliśmy zwiększenie ich liczby. W 13 przypadkach zwiększenie to było stanowcze od 6,500 do 14,000, w 8 innych przypadkach liczba ich wydawała się prawidłową 4, 3—6,000. Wreszcie w jednym przypadku mieliśmy wyraźną leukopenię: 2,000. Leukocytoza parę razy zależała od powikłań (zapalenie płuc, ropienie gorączkowe), połączonych z leukocytozą neutrofilną, najczęściej jednak widywaliśmy powiększenie liczby ciałek białych i to jednojądrzastych (limfocytoza) bez żadnego widocznego powikłania. Naogół możnaby powiedzieć, że: 1) Odsetka wielojądrzastych ciałek neutrofilnych raczej była zmniejszona. Odsetkę neutrofilów wyższą niż 75% znaleźliśmy u 2 chorych, od 70—75% u 7 chorych, od 60—70% u 10 chorych, od 50—60% u 7 chorych, niżej 50% u 6 chorych. U dzieci odsetka neutrofilów nie dochodziła 70% z wyjątkiem 2 przypadków; natomiast wszystkie 6 przypadków niżej 50% dotyczyły dzieci. 2) Myelocyt spotkaliśmy raz tylko jeden jedyny. Natomiast 3) eozynofile spotykaliśmy niemal stale, a nieraz w znacznie zwiększonych odsetkach (5, 9, 15, 16%). Z 15 dzieci eozynofile u wszystkich były, a u 10 bardzo liczne (3—16%). Z 15 dorosłych znajdowaliśmy eozynofile tylko u 9 i to przeważnie w miernej ilości. 4) Bazofile pojedyncze spotykaliśmy u osiemnastu chorych. 5) Przedewszystkiem jednak wpadała w oczy mononukleoza (zwiększenie odsetki ciałek białych o jednem jądrze), dochodząca do 35, 40, a nawet 57·6%. 6 z naszych chorych miało 25% limfocytów lub mniej, 23 od 26—45%, wreszcie 5 od 46—57·6%. Pomiędzy temi jednojądrzastemi ciałkami białemi przeważały małe limfocyty (silnie barwiące się, złożone z jądra i wązkiego rąbka protoplazmy). Obok nich jednak widywaliśmy niemało innych postaci, a więc limfocytów wielkich, limfocytów z zaklęśniętem jądrem, mononuklearów (wielkich ciałek z jasnem jądrem i siatkowatą protoplazmą). Z pośród wszystkich tych postaci najwięcej dawały nam do myślenia wielkie limfocyty: bywało ich dużo; liczba ich dochodziła nawet do połowy liczby małych limfocytów. Nieraz przychodziło nam na myśl, czy nie są to myeloblasty. Wypowiedzieć zdanie stanowcze w tym względzie nie czujemy się na siłach. Wreszcie wspomnieć musimy, że ciałka białe naszych chorych wyróżniały się znaczną kruchością: przy zwykłem przygotowywaniu preparatów barwionych odsetka ciałek rozgniecionych bywała dość duża, a czasem wielka.

Z powyższego możnaby zatem wnosić, że ciałka białe limfatyczne (limfocyty) mnożyły się u naszych chorych prawidłowo, albo nawet nadmiernie, że natomiast produkcya niektórych ciałek białych szpikowych prawidłowych (neutrofilów) była osłabiona, a patologicznych (myelocytów) była zahamowana. Bazofile zachowywały się niemal prawidłowo, eozynofilów było raczej więcej. Wreszcie przypuszczamy, że wśród ciałek jednojądrzastych pewną dość znaczną część stanowiły może myeloblasty (jednojądrzaste komórki szpikowe), właściwe cięższym przypadkom niedokrwistości. Działalność więc szpiku kostnego u naszych chorych by-

łaby po części zahamowana, po części zaś jakościowo zmieniona.

Każdemu, słyszącemu o puchlinie głodowej, przedewszystkiem narzuca się myśl, że chorzy tacy mają hydremię (krew nadmiernie wodnistą). Chcąc to wykazać dowodnie, uprosiliśmy kierownika pracowni chemicznej, p. Kozielskiego, o oznaczenie u dwóch naszych chorych suchej substancyi we krwi, upuszczonej z żyły. Ku zdumieniu naszemu rozwodnienie krwi wypadło bynajmniej nie jaskrawe. Krew jednego chorego zamiast 20% suchej substancyi zawierała jej 16·99%, drugiego zaś nawet 18·84%. Sądząc więc z tych, nielicznych wprawdzie oznaczeń, trudno byłoby mówić u naszych chorych o wodnistości krwi.

Przy badaniach naszych na każdym kroku powtarzała się pewna trudność w wydobyciu krwi z palca. Chcąc otrzymać dostateczną ilość krwi dla oznaczenia hemoglobiny, liczenia krwinek i ciałek białych, musieliśmy nieraz wkłuwać sztylet igły Frankego w całej niemal jego długości. I tak jeszcze krew wypływała nie natychmiast po ukłuciu i najczęściej po wypłynięciu kilku kropli przestawała się sączyć; chcąc otrzymać dalsze jej krople, trzeba było polecać choremu, by silnie wstrząsnął kończyną, miesić kończynę i dłoń z góry na dół. Na karb zbyt szybkiego krzepnięcia nie można było składać tego zjawiska, o czem niżej jeszcze. Oczywiście wnosiliśmy stąd, że ogólna ilość krwi u naszych chorych jest bardzo znacznie zmniejszona.

Chcąc to wykazać dowodnie, przedsięwzięliśmy u 2 chorych wlewanie fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do żyły: obliczenie krwinek tuż przed wlewaniem i w pięć minut po wlewaniu wykazało u jednego chorego zmniejszenie liczby krwinek o $^1/_{10}$, u drugiego zaś o $^1/_{20}$. Z tego należałoby wnosić, że wlewanie solne rozrzedziło krew u jednego o $^1/_{10}$, u drugiego zaś o $^1/_{20}$. Że zaś do wlewań użyliśmy raz 300, raz 200 gramów płynu, ogólna ilość krwi u tych chorych wypadała u jednego 2·8 litrów, u drugiego 3·9 litrów. W odniesieniu do wagi ciała stanowiło to u jednego $^1/_{16·5}$, u drugiego zaś $^1/_{15·6}$. Pierwszy z tych chorych stracił był właśnie niemal zupełnie puchlinę, drugi był jeszcze dość silnie opuchły. O zmniejszeniu ogólnej ilości krwi, choć bynajmniej nie jaskrawem, możnaby mówić tylko u pierwszego chorego (tego samego, który okazywał rozwodnienie krwi: 83% wody zamiast 80%). Drugi chory ani krwi nie miał wyraźnie rozwodnionej (81% wody zamiast 80%), ani też ilości krwi zmniejszonej. Czem więc tłomaczyć sobie owo skąpe wypływanie krwi z palca, na co nietylko my sami, ale i chorzy nasi zwracali uwagę?

Przypuszczaćbyśmy musieli, że chodzi tu o jakiś skurcz naczyń, albo o nierównomierny podział krwi między różne narządy (może n. p. przekrwienie narządów brzusznych, a niedokrwienie mózgu, mięśni i skóry). Znaleźć chorego z dostatecznie szerokiemi żyłami dla upustu kri i wlewania solnego bynajmniej nie było rzeczą łatwą. Tymczasem już podczas pisania niniejszej pracy wypadły nam 3 sekcye zmarłych z puchliny głodowej. Na sekcyach tych brak krwi u zmarłych jaskrawo wpadał w oczy. Bez obawy o przesadę możnaby powiedzieć, że poza otwieraniem serca i śledziony całą zresztą sekcyę w jednym przypadku można było wykonać bez rozlewu kropli krwi, nie walając palców krwią. Widocznie więc albo wybraliśmy do doświadczeń z wlewaniem solnem do żył przypadki niewłaściwe, nietypowe, albo też raczej metoda ta nie daje wyników wiarogodnych. Za rozstrzygające musimy uważać wyniki sekcyi, a więc brak krwi wogóle, niedokrwistość wszystkich narządów, nie wyłączając brzusznych, wątroby, jelit, nerek.

Krzepliwość krwi w różnych przypadkach bywała różna. Ścisłemi metodami klinicznemi nie próbowaliśmy jej oznaczyć, mniemaliśmy jednak, że naogół krzepliwość raczej jest zmniejszona, a przynajmniej już, że skrzep, zamykający naczynia, łatwo było u naszych chorych wypchnąć miesieniem kończyny. Często bowiem jeszcze w jakieś 10 i więcej minut po ukłuciu, gdy krew już oddawna nie płynęła, znowu pokazywały się jej krople pod wpływem miesienia.

Mówić o lepkości krwi bez dokonania odpowiednich badań, nie mamy prawa, jednak nie możemy przemilczeć tego, cośmy widzieli. Często kropla krwi na brzuścu palca nie spływała ani na podłogę, ani do łożyska paznokciowego, ale na brzuścu palca zwróconym ku górze rosła, wypuklała się, nie rozlewając się, zachowując postać kulistą.

Odporność krwinek względem czynników osmotycznych oznaczaliśmy w jednym tylko przypadku i znaleźliśmy ją nieco zwiększoną (hemoliza krwinek odbywała się w zakresie 0·48%—0·28% zamiast zwykłych 0·50%—0·32% rozczynu soli).

Krew wypływająca z palca wydawała nam się zazwyczaj ciemniejszą, niżby to odpowiadało odsetce hemoglobiny, znajdowanej przy badaniu. To samo widzieliśmy i na sekcyach. Przypuszczaliśmy, że może krew ta była bardziej żylną, bogatszą w CO_2, niż to zwykle bywa.

Na zakończenie tych przydługich może wywodów o krwi wspomnimy, że chociaż płytek Bizzozera ściśle nie oznaczaliśmy, jednak liczba ich wydawała nam się raczej zmniejszoną.

Przechodzimy z kolei do moczu. Na ogół był on bardzo jasny, niemal wodnisty, zasadowy, opalizujący od obecności fosforanów. Wodnistość moczu dosięgała takiego stopnia, że raz jeden z nas stanowczo podejrzewał matkę, iż przyniosła mu wodę zamiast moczu dziecka; dopiero próba chlorków azotanem srebra rozwiała to podejrzenie. Na wirówce zwykle nie udawało się zebrać żadnego osadu Wałeczków nie znaleźliśmy ani razu, czasami pojedyncze napęczniałe nabłonki, raz bardzo liczne plemniki, przeważnie licho rozwinięte. Białka szukaliśmy kwasem azotowym oraz ogrzewaniem zakwaszonego moczu; zawsze bezskutecznie. Czy jednak białkomocz nie zdarza się w niektórych cięższych przypadkach puchliny głodowej, mamy w tym względzie poważne wątpliwości. Kol. Żołędziowski podał parę takich przypadków, w których od czasu do czasu zjawiało się białko w moczu, nawet w dość dużej ilości; przypadków tych w pracy niniejszej nie braliśmy w rachubę. I my w ambulatoryum dla najuboższych u paru blizkich śmierci, silnie opuchłych dzieci znaleźliśmy ślady białka w moczu. Bez badania drobnowidowego osadu z moczu nie decydowaliśmy się zaliczyć ich do puchliny głodowej. Na granicy moczu i kwasu azotowego w większości przypadków zjawiała się jaskrawa różowa obrączka, występująca odrazu lub po dłuższem staniu moczu. Ilość moczu dobowa ulegała bardzo znacznym wahaniom: od 50 cm na dobę do dwóch z górą i trzech litrów, nawet w okresie znikania puchliny; zmniejszenie ilości moczu zależało zapewne

od biegunki i fałszywych wydymań. Ciężar właściwy wodnistego moczu (oznaczany w niektórych naszych i w wielu przypadkach kol. Żołędziowskiego) zwykle był nizki, niekiedy dochodził jednak do 1018, 1020, 1025 Niekiedy mocz zawierał substancye, redukujące siarczan miedzi.

Ciepłota naszych chorych bywała często niższą od prawidłowej (35·9—36·6), ale bynajmniej nie zawsze. Przy powikłaniach zapaleniem płuc, opłucnej, ropieniem, miewaliśmy wzniesienia ciepłoty do 39 i wyżej. U kilku chorych nawet i bez dających się wykazać powikłań (może wskutek cierpienia jelit) spostrzegaliśmy przez czas dłuższy stan podgorączkowy. Tętno u paru z pośród starszych chorych było zwolnione do 58—56; u kilku innych wyraźnie twarde choć drobne, nie dawało się ucisnąć palcem. Przeważnie, jednak tętno było częstsze, niżby to odpowiadało ciepłocie, drobne, miękkie, łatwo uciskalne, nieraz niemiarowe, często bardzo trudne do liczenia. U dzieci częstość tętna wahała się między 78—140 i wyżej. Skłonności do potów u naszych chorych nie widywaliśmy, przeciwnie skóra ich była raczej sucha.

Opuchła skóra, zwłaszcza na nogach, nieraz bywała bolesna przy ucisku. Nieraz dołek podsercowy był przy ucisku wyraźnie wrażliwy, a nie można było kłaść tego na karb powiększenia wątroby. Kol. Starkiewicz widywał samoistne bole w dołku u swoich chorych.

Pnie nerwowe nie były bolesne. Jaskrawszych zaburzeń w czuciu nie znajdowaliśmy. Odruchy ścięgniste i skórne były naogół prawidłowe, to samo i oddziaływanie źrenic Kilkakrotnie wyczuwaliśmy obrzmiałe ślinianki przyuszne co jednak następnych dni znikało.

Dwóch chorych miało brudne plamy na twarzy, nie dające się zmyć mydłem, przypominające poniekąd plamy przy chorobie Addisona. Innych jednak objawów tej choroby, a przedewszystkiem plam na błonach śluzowych, nie było. W każdym jednak razie spostrzeżenie to w zestawieniu z upadkiem czynności gruczołów płciowych u wszystkich chorych zwracało naszą uwagę na gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem. Kol. Pfabe u jednego opuchłego chorego znalazł cukier w moczu. Jakkolwiek po bliższem zapoznaniu się z tym przypadkiem doszliśmy do wniosku, że była to cukrzyca, datująca się jeszcze z przed czasów wojny, nie zaś puchlina głodowa, to jednak i ten chory utwierdzał nas w podejrzliwości względem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Wiadomo, że u psów głodzonych znajdowano cukier w moczu. Jedna z naszych chorych przypominała ogólnem wejrzeniem obrzęk śluzowaty (myxoedema), towarzyszący zanikowi czynności gruczołu tarczowego, jeden chory przypominał kretyna, a paru wydawało się upośledzonymi umysłowo. Na dobitkę mieliśmy wśród chorych jednego głuchoniemego, a głuchoniemota, jak wiadomo, często się wiąże z zanikiem gruczołu tarczowego. Nie wiedzieliśmy na razie, że w naszym przypadku głuchoniemota była nabyta po ospie. Kol. Suchodolski wspominał nam o puchlinie głodowej u chorej dotkniętej wolem. Wszystko to, razem wzięte, kazało nam liczyć się z przypuszczeniem, czy opisywana przez nas choroba nie jest nietypowym obrzękiem śluzowatym, który zwykle bywa daleko twardszy i nie pozostawia dołka pod palcem. Zmiany, znajdowane przez nas we krwi, właściwie są niemal te same, co i opisywane przy obrzęku śluzowatym. Dla uspokojenia sumienia dawaliśmy kilku naszym chorym pastylki tyreoidyny, niestety bez pożądanego skutku. Te same myśli, co i nam, nasuwały się również kol. Starkiewiczowi i Żołędziowskiemu z Dąbrowy I ci koledzy niezależnie od nas próbowali u swych chorych leczenia tyreoidyną, i także z ujemnym wynikiem. Kol. Starkiewicz, mając na względzie adynamię, biegunki i t. p., przedsięwziął następnie próby leczenia puchliny głodowej adrenaliną. W rozprawach nad naszym odczytem w Towarzystwie lekarskiem w Sosnowcu koledzy Starkiewicz i Suchodolski bronili poglądu, że puchlina głodowa powstaje wskutek zwichniętej pod wpływem głodu równowagi w czynnościach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Powoływali się na bardzo częste znikanie miesiączkowania u cierpiącej głód ludności.

Na zakończenie tego opisu klinicznego dodać jeszcze musimy, że u żadnego z naszych chorych nie widzieliśmy cery zlekka żółtaczkowej (status subictericus), jak się to często widuje w błednicy i złośliwych niedokrwistościach. Nie spotykaliśmy też u naszych chorych wyraźnego buczenia żylnego (bruit de diable). Powiększenia wątroby nie stwierdziliśmy ani razu, powiększenie śledziony raz jeden, i to tylko przy opukiwaniu, nie zaś macaniu, a drugi raz na sekcyi. Obrzmienia gruczołów chłonnych, wrażliwości mostka i kości długich przy opukiwaniu również nie widywaliśmy. Objawów skazy krwotocznej, a mianowicie krwawienia dziąseł, nie widzieliśmy wcale W jednym tylko przypadku na krótko przed śmiercią zjawiły się drobne wybroczyny na czole. W 2 przypadkach kol. Zahorskiego drobniutkie wybroczyny, rozrzucone po ciele, znikły po paru dniach i zależały raczej może od ukąszeń pcheł. Kol. Starkiewicz widział wybroczynki w jednym swoim przypadku, tak samo i kol. Żołędziowski.

Przebieg w naszych przypadkach wyróżniał się dość jaskrawo, w jednych ostry, w innych przewlekły. W pierwszych puchlina ustępowała najczęściej w 1 do 2 tygodni po przybyciu do szpitala W drugich (mieliśmy 7 takich, w których można było mówić o nawrocie, oddzielonym dłuższym okresem zdrowia od pierwszego zachorowania) przebieg był bardzo uparty, trwał miesiącami; znikająca już puchlina nieraz znowu wracała. Kol. Starkiewicz miał dwa przypadki, a kol. Żołędziowski jeden, w których puchlina wracała po raz trzeci. Nawet i zupełne zniknięcie puchliny niezawsze świadczyło o blizkiem wyzdrowieniu. Odsetka hemoglobiny zmniejszała się nieraz już w szpitalu mimo pozornej poprawy. Nawet po zupełnem wyzdrowieniu w kilka tygodni jeszcze znajdowaliśmy bardzo nizką odsetkę hemoglobiny, mało co wyższą od oznaczonej w szpitalu podczas puchliny. Liczba krwinek czerwonych wcześniej wracała do poziomu prawidłowego. Najuparciej trzymała się puchlina na stopach i w jamie brzusznej, czasem tylko w jamie brzusznej, co stwierdziliśmy raz i na sekcyi. Biegunki opierały się często wszelkiemu leczeniu. Mimo zniknięcia puchliny, jak już wspominaliśmy, jeden z naszych chorych umarł.

Śmierć nastąpiła w 22 przypadkach z 29, o których zdajemy tu sprawę. Nadto 3 naszych chorych wspominało o niedawnej śmierci członków ich rodziny z powodu takiej samej puchliny. Dodać wreszcie musimy, że u kilku z naszych chorych można raczej przewidywać złe, niż dobre zejście. Wydawałoby się, że śmiertelność z puchliny głodowej była w Sosnowcu niższa, niż w Dąbrowie, gdzie zdaniem kol.

Starkiewicza zwłaszcza przypadki zimowe źle się kończyły. Śmiertelność wśród mężczyzn wyraźnie jest większa (19 śmierci), niż wśród kobiet (10 śmierci). Szczególniej często powtarzają się śmierci w wieku późniejszym — po 40 latach (na 60 takich chorych zmarło 11, a więc 18·3% śmiertelności), oraz we wczesnem dzieciństwie, w którem największą śmiertelnością wyróżnia się 4. rok życia (z 12 chorych zmarło 4) i 3. rok życia (z 36 chorych zmarło 8). W 2. roku życia z 25 chorych zmarł 1 tylko (wpływ dokarmiania piersią? oględniejszego żywienia?). Z 48 chorych w 3. i 4. roku życia zmarło 12, czyli 25%. Natomiast z 44 chorych w wieku 5—16 lat wiemy o jednej tylko śmierci. Z 83 chorych w wieku 5—40 lat zmarło 5, czyli 6%.

U jednego chorego śmierć nastąpiła w napadzie jakby dusznicy bolesnej. U kilku innych wśród gorączki, towarzyszącej zapaleniu płuc lub opłucnej. U innych jeszcze przed śmiercią zjawiła się lub obostrzyła gruźlica.

Badanie pośmiertne wykonaliśmy w czterech przypadkach. Oto wyniki tych sekcyi:

I. Anaemia generalis extrema. Pleuritis bilateralis serosofibrinosa. Noduli bronchopneumoniae caseoideae apicalis. Compressio partis inferioris lobi inferioris utriusque. Cor parvum. Ascites. Tumor lienis acutus. Anaemia et degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Distensio vesiculae felleae. Infarctus renis dextri. Anaemia intestinorum. Cicatrices (surfaces réticulées) post typhum abdominalem. Medulla ossium adiposa; suspitium hyperplasiae partialis lymphadenoidalis.

II. Anaemia generalis. Hydrops anasarca. Petechiae frontis. Nodi tuberculosis fibrosae cum anthracosi et bronchiectasia in lobo superiore pulmonis dextri. Cor parvum. Hypertrophia musculi cordis ventriculi sinistri. Ascites. Lien diminutum molle. Hepar diminutum anaemicum. Distensio vesiculae felleae. Renes parvi anaemici. Cicatrices cingentes c. pigmentatione post ulcera tuberculosa ilei circa valvulam Bauhini. Glandulae mesenteriales tumefactae. Ulcera dysenterica coli descendentis, flexurae sigmoideae, recti in stadio cicatrisationis. Medulla ossium diaphysis ossis femoris adiposa.

III. Anaemia generalis. Hydrops-anasarca permagnum. Hydrothorax ambilateralis parvo in gradu. Ascites magna in quantitate. Nodulus fibrosus in apice pulmonis dextri. Emphysema pulmonum. Hyperaemia lobi superioris pulmonis sinistri. Cor parvum. Hypertrophia musculi cordis ventriculi sinistri. Degeneratio atheromatosa arteriae coronariae cordis sinistri. Atrophia lienis cum induratione. Anaemia et atrophia hepatis. Distensio vesiculae fellae. Colitis chronica hypertrophica cum pigmentatione. Glandulae solitariae tumefactae. Anaemia et catarrhus intestini jejuni. Cicatrices (sufraces réticulées) ilei post typhum abdominalem. Gastritis chronica. Medulla ossium diaphysis ossis femoris adiposa.

IV. Anasarca. Anaemia generalis. Hydrothorax dexter. Emphysema et anaemia pulmonis dextri. Synechia totalis pleurae sinistrae. Hyperaemia pulmonis sin. Cor contractum. Deg. atheromatosa aortae parvo in gradu. Atrophia lienis, hepatis (imprimis lobi sinistri), pancreatis, gl. suprarenalium, ovariorum. Renes normales. Ulcera follicularia cicatrisata flexurae sigmoideae et recti, — multiplicia confluentia parva plana superficialia. Eadem ulcera follicularia recentiora cicatrisantia flexurae hepaticae; glandulae solitariae tumefactae. Cicatrices (surfaces réticulées) ilei post typhum abdominalem. Ulcera cingentia cicatrisantia vetusta cum pigmentatione partis inferioris ilei, quorum unum usque ad serosam rodens lumen ilei diminuit, tria proveniunt ex ulceribus multiplicibus confluentibus minoribus. Glandulae mesenteriales regionales tumefactae ad magnitudinem nucis italianae cum aspectu medullari post incisionem. Glandula thyreoidea anaemica.

W pierwszym z tych przypadków 28-letni chory cierpiał od pół roku na wybitną puchlinę, kilkakrotnie znikającą i wracającą. Przebywał i ślepotę zmierzchową; biegunkę miewał, ale nie stale. Wreszcie stracił puchlinę i powoli wracał do sił; zabiła go świeżo powstała gruźlica płuc z obustronnem wysiękowem zapaleniem opłucnej, połączonem z dość silną gorączką (do 39). Chory uległ temu powikłaniu już po kilku dniach gorączki (po 3 dniach).

W przypadku drugim znaleźliśmy zagojone i dogajające się wrzody dysenteryczne w okrężnicy zstępującej, esowatej i w odbytnicy. Chory ten cierpiał na dysenteryę już od kilku miesięcy, sądząc z wywiadów; jednocześnie opuchł silnie już po raz drugi; nadto miał gruźlicę włóknistą w górnym płacie lewego płuca, połączoną z pylicą, oraz kilka zagojonych starych owrzodzeń gruźliczych w jelicie cienkiem w pobliżu zastawki Bauhina.

W trzecim przypadku prócz przewlekłego nieżytu jelit, zwłaszcza grubych, prócz przekrwienia górnego płatu lewego płuca (może wstępny okres [nawału] zapalenia płuc), żadnego zresztą powikłania, któreby można uznać za przyczynę śmierci, nie znaleźliśmy. Chory 53-letni od 3 miesięcy cierpiał na puchlinę i na objawy nieżytu kiszki grubej.

Czwarty przypadek dotyczył chorej, jakoby 70-letniej, wyglądającej daleko młodziej. Od początku wojny znosiła straszny głód. Od 5 miesięcy puchła i miała upartą biegunkę, niezbyt jednak częstą, bez krwi i parcia. Wejrzeniem przypominała obrzęk śluzowaty.

We wszystkich czterech przypadkach wspólnym rysem był brak krwi, najjaskrawszy w przypadku pierwszym. Gdyby pominąć w tym przypadku otwieranie serca i śledziony, to całą sekcyę można było literalnie wykonać bez zawalania palców krwią. We wszystkich czterech przypadkach powtarza się niedokrwistość i pomniejszenie wątroby oraz rozciągnięcie pęcherzyka żółciowego żółcią. We wszystkich nie znaleźliśmy w nerkach żadnych zmian poza całkiem świeżymi zawałami w pierwszym przypadku. We wszystkich powtarzał się przerost mięśnia lewego serca. Szpik kostny w trzech okazał się tłuszczowym. Gruczoł tarczowy, nadnercza i trzustka w pierwszych 3 przypadkach były silnie rozwinięte.

Co do leczenia, to w przypadkach pomyślnych z ostrym przebiegiem pomagają wszelkie środki, zwłaszcze zaś lepsze pożywienie, środki sercowe, moczopędne. W przypadkach przewlekłych natomiast wszelkie środki zawodzą, nie wyłączając żelaza i arszeniku; o tyreoidynie wyżej już wspominaliśmy. Dyeta bezsolna raz czy parę razy pomogła, ale na krótko.

Najważniejszym więc środkiem jest dostarczenie lepszego pożywienia. To też z najgłębszem uznaniem podnieść musimy postanowienie, powzięte przez Towarzystwo

kopalni Hr. Renarda po zawiadomieniu przez doktorów Olszewskiego i Zahorskiego o wzmożeniu się chorób głodowych, by w szpitalach podnieść liczbę kaloryi, zawartych w pożywieniu chorego, do 2,500 na dobę, rodzinom zaś dotkniętych puchliną głodową wydawać artykułów spożywczych na trzy ruble miesięcznie. Również słuszna była rada, udzielona Towarzystwu Dobroczynności przez nasz K. Z. P., by podwoić, a nawet potroić ilość tłuszczów, wydawanych głodnym w przygotowywanej dla nich zupie, a od czasu do czasu przynajmniej dawać choćby niewiele pokarmów zwierzęcych (mięso, ser). Dodać jednak powinniśmy, że kol. Starkiewicz u paru dzieci mimo przeniesienia ich w całkiem dobre warunki nie widział żadnej poprawy. I my widywaliśmy przypadki śmierci mimo zmiany pożywienia na lepsze.

Jeżeli teraz zadamy sobie pytanie, co stanowi istotę naszej choroby, to wydawałoby się, że wywołująca ją przyczyna pozostaje w ścisłym związku czy to z brakiem pożywienia, czy też z zepsutemi ziemniakami. Czynnik chorobotwórczy drażni toksycznie przewód pokarmowy, wywołując podostry lub przewlekły nieżyt żołądka i kiszek ze szczególnie silnem zajęciem kiszki grubej, zwłaszcza pętli esowatej i odbytnicy. W drugiej linii czynnik chorobotwórczy upośledza czynności narządów krwiotwórczych i płciowych, wiodąc do ubytku krwi — zmniejszenia jej ogólnej ilości. Dowodów wzmożonego rozpadu krwinek czerwonych nie znajdowaliśmy ani za życia (takich n. p., jak wielka liczba cieniów krwinek w preparatach, nasycona barwa moczu, kału), ani po śmierci (ciemne zabarwienie wątroby, śledziony, nerek, wskutek złogów żelaza z rozpadłych krwinek). Wreszcie czynnik chorobotwórczy wzmaga przepuszczalność ścian naczyń krwionośnych, wiodąc do puchliny.

Puchlinę głodową poczytywalibyśmy za odrębną postać chorobową. Ma ona pewne swoiste objawy kliniczne: ślepotę zmierzchową, szczególniejsze cierpienie całego przewodu pokarmowego (jak gdyby złagodzoną, ale przewlekłą czerwonkę), szczególny obraz hematologiczny (limfocytozę jednojądrzastą, eozynofilię, brak myelocytów), ubytek krwi, upadek czynności płciowych.

Obraz anatomo-patologiczny ma także pewne wspólne i osobliwe cechy: zanik wątroby, przepełnienie pęcherzyka żółciowego żółcią, przerost lewego serca (wyraźny zwłaszcza w drugiej i trzeciej sekcyi), przedewszystkiem zaś szczególniejsze cierpienie przewodu pokarmowego, w najbardziej zajętych kiszkach grubych podobne do czerwonki. (W przypadku, dotyczącym drugiej sekcyi, mieliśmy zupełny obraz czerwonki i za życia i po śmierci, w trzeciej — za życia obraz łagodnej, ale przewlekłej czerwonki, po śmierci — nieżyt śluzowy przewlekły całego przewodu pokarmowego, zwłaszcza kiszek grubych; tu i ówdzie wybroczyny i poczynające się nadżerki na szczycie fałdów kiszkowych. W przypadku czwartym za życia lekka biegunka bez parcia i krwi (według opowieści chorej), po śmierci — wybitne ukończone już cierpienie pętli esowatej z mnóstwem drobnych (wielkości grochu) powierzchownych płaskich zlewających się blizn; podobne, ale świeże zmiany okrężnicy wstępującej. W przypadku pierwszym za życia niestała lekka biegunka, po śmierci — w bladych niedokrwionych kiszkach grubych miejscowe przekrwienia w pobliżu zastawki Bauhina, w zagięciu śledzionowem i w pętli esowatej u przejścia jej w odbytnicę. W przypadkach drugim i czwartym kiszki grube wydawały się wydłużonemi — znacznie dłuższemi, niż prawidłowo).

Wreszcie za osobliwy swoisty objaw uznać trzeba puchlinę, dosięgającą nieraz potężnego stopnia, a nie mającą wyraźnej przyczyny.

W rozprawach nad odczytem naszym w Towarzystwie lekarskiem Zagłębia wypowiadał kol. M. Sawicki odmienny od naszego pogląd na puchlinę głodową. Uważa on ją nie za odrębną postać chorobową, ale za objaw głodu i mianowicie głodu białkowego, za cherę (marasmus) białkowy. Brak białka w pożywieniu zmusza ustrój do zużywania białka z własnych narządów, z własnych komórek. Następstwem tego jest stłuszczenie tych komórek i inne rodzaje ich zwyrodnienia, co dostatecznie tłómaczy objawy chorobowe oczne, mięśniowe, nerwowe, hematologiczne. Zwyrodnienie śródbłonka naczyń, zwiększając ich przepuszczalność, wiedzie do puchliny.

Kol. Starkiewicz i Suchodolski istotę choroby upatrywali w zwichniętej równowadze czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Większość objawów klinicznych tłómaczyć można niedokrwistością narządów.

Że w obecnym czasie taki sam ubytek krwinek czerwonych i hemoglobiny możnaby znaleźć u mnóstwa zdrowych z warstw niezamożnych, jesteśmy o tem najmocniej przekonani, choć odnośnych badań nie przedsiębraliśmy. Kto wie też, czy niema obecnie większej, niż zwykle, skłonności do zjawiania się puchliny w następstwie innych, zasadniczych chorób: puchliny w przebiegu suchot, żółtaczki przewlekłej, po ospie; oczywiście w wymienionych przypadkach trudno wyłączyć obecność puchliny głodowej, niezależnej od wspomnianych chorób zasadniczych. Przypadków podobnych nie braliśmy jednak wcale w rachubę.

Co do chloru we krwi i wydzielinach nie przeprowadziliśmy badań.

Praca nasza ma liczne braki, których jesteśmy zupełnie świadomi. Występujemy z nią jednak już dziś przed Sz. Kolegami w tej myśli, że wnioski nasze skłonią Sz. Kolegów do ich sprawdzenia, potwierdzenia lub obalenia, że wywołując rozprawy nad tą, nieopisywaną jeszcze chorobą, przyczynimy się bezpośrednio do ustalenia jej stanowiska klinicznego i wniknięcia w jej istotę.

Zaznaczyć wreszcie musimy, że pracę naszą trudno nam nazwać wyłącznie swoją; korzystaliśmy przy niej z doświadczenia i współdziałania wszystkich naszych kolegów w Sosnowcu. Przedewszystkiem podziękować musimy kolegom szpitalnym, na pierwszem miejscu Olszewskiemu i Zahorskiemu, którzy sami gorąco zajęli się puchliną głodową, wyszukiwali jej przypadki, dawali je nam do zbadania, umożliwili dokonanie sekcyi i t. p. U kolegi Falińskiego w szpitalu miejskim siedzieliśmy przez czas dłuższy, jak gdyby na komornem, co wobec szczupłości i niedostateczności tego szpitala z pewnością narażało go na liczne niedogodności. Kol Zieleniewski otworzył nam na oścież swą pracownię, użyczył mikroskopu, barwików i przyrządów do badań, sprowadzał chorych z miasta i t. p. Kol. Perelman w swym szpitalu prócz dokładniejszych badań, dokonanych na swoich chorych, użyczył nam najnowszego, wybornego przyrządu do dokładnych obliczeń krwinek czerwo-

nych i białych z kamerą Bürkera, dostarczał barwików. Kol. Wołkowiczowi obowiązani jesteśmy za oddanie nam do dyspozycyi mikroskopu Zeissa. Kol. Hulanicki i Święłochowska zoryentowali się bardzo wcześnie w charakterze panujących chorób ocznych. Inni koledzy starannie zebrali z ksiąg ambulatoryjnych wszystkie przypadki puchliny głodowej. Wreszcie kol. Żołędziowski z Dąbrowy pożyczył nam przyrządu Thoma-Zeissa, p. Lipski trychinoskopu, p. Kozielski dokonał badania nad wodnistością krwi, opiekunki kuchni dobroczynnych udzielały nam wszelkich wyjaśnień. Słowem na każdym kroku spotykaliśmy się z życzliwą pomocą. Doznawaliśmy jej i od felczerów szpitalnych; wyczuwaliśmy ją nawet wśród służby szpitalnej.

Złożyliśmy tu, można powiedzieć, pracę raczej zbiorową, wspólną. Klęska, która nawiedziła nasze miasto, pobudziła wszystkich do usiłowań bliższego jej poznania. Wspólne zainteresowanie się wynikami dotychczasowych naszych badań będzie, miejmy nadzieję, dalszym krokiem na tej drodze.

Puchlina głodowa w Sosnowcu w ostatnim czasie zmalała, mianowicie w ambulatoryach fabrycznych, w związku zapewne z przywróceniem pracy w kopalniach i ze spadkiem cen na chleb i ziemniaki. Jednakże jeszcze 30. sierpnia w ambulatoryum dla najuboższych jeden z nas znalazł 5 dzieci z puchliną głodową, z których jedno zmarło nawet w ambulatoryum. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego d. 28 sierpnia kol. Kożuchowski nadesłał spis dalszych 16 chorych, przeważnie starszych, z Dąbrowy Górniczej, dotkniętych puchliną głodową, a kol. Pułjanowski (Niemce) podał wiadomość o 28 zestawionych przez siebie przypadkach.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell., obecnie oddziału c. i k. szpitala kliniczn. twierdzy w Krakowie. (Dyrektor: Prof. Dr Piltz).

Kilka spostrzeżeń z przebiegu uszkodzeń postrzałowych nerwów obwodowych.

Podał

Dr S. Borowiecki, asystent kliniki.

Wojna obecna dostarcza neurologom niezliczonej ilości uszkodzeń układu nerwowego. Wśród uszkodzeń tych, jak się okazuje, najczęstsze są postrzały nerwów obwodowych. Nic więc dziwnego, że Oppenheim uważa uszkodzenia nerwów obwodowych za główne pole działania neurologii wojennej. Niepodobna już dzisiaj przesądzać, w jakim stopniu ta neurologia wojenna naszą wiedzę wzbogaci, niewątpliwie jednak, zwłaszcza w zakresie nauki o schorzeniach nerwów obwodowych, których nigdy nie widzieliśmy w czasie pokoju tylu i w takich najróżnorodniejszych stopniowaniach i kombinacyach, możemy się spodziewać licznych i ważnych spostrzeżeń w zakresie symptomatologii, przebiegu, jak i leczenia.

Wśród spostrzeganych przezemnie dotychczas wojennych uszkodzeń nerwów obwodowych zwróciły szczególniej moją uwagę postrzały nerwu kulszowego ze względu na pewne swoje osobliwości. W toku opisu zaznaczę, o ile spostrzeżenia te dotyczą i innych nerwów.

Zacznę od najcięższego postrzału nerwu kulszowego.

I. Oficer Legionów polskich J. K., l. 26, został ugodzony d. 23. V. 1915 w czasie ataku kulą karabinową w lewe udo. Blizny po wlocie i wylocie postrzału leżą mniej więcej na tej samej wysokości, 14 cm poniżej krętarza większego, przyczem blizna wylotu leży na zewnątrz. Od pierwszej chwili zranienia wystąpiło porażenie w zakresie lewej kończyny dolnej, w tydzień potem pojawiły się silne bóle w przegubie kolanowym, pod podeszwą i w palcach, a niekiedy, zwłaszcza później, i na zewnętrznej powierzchni goleni oraz w łydce. Bóle te występowały zazwyczaj w dzień pomiędzy godziną 12. a 6. i były, zwłaszcza w dni gorące, bardzo silne. Gorące napoje i pokarmy oraz nawet nieznaczne dawki alkoholu (szklanka wina) miały znacznie potęgować bóle. Chory wyraża przytem przypuszczenie, że występowanie bólów między godziną 12—6 jest w związku z obiadem, a więc z najobfitszem dziennem jedzeniem, spożywanem przed godz. 12. Nagle i przykre wrażenia miały również wzmagać bóle chorej kończyny. Przedmiotowo stwierdzono d. 13. VII. 1915, przy przyjęciu chorego na klinikę, w obrębie kończyny dolnej lewej: porażenie zupełne mięśni stopy, palców oraz zginaczy kolana, zniesienie odruchu ze ścięgna Achillesa oraz podeszwowego, zanik kończyny, zwłaszcza zaś goleni (obwód goleni 20 cm powyżej kostki wewnętrznej wynosił po stronie prawej 28·8 cm, po lewej 26·8 cm), niepobudliwość na prąd faradyczny i galwaniczny nerwu łydkowego i piszczelowego oraz mięśni, przez te nerwy unerwionych, zaburzenia czucia w postaci znieczulenia na podeszwie oraz palcach, w postaci przytępienia czucia na grzbiecie stopy oraz zewnętrznej powierzchni goleni, bolesność uciskową nerwu piszczelowego i łydkowego oraz mięśni goleni, oraz zaburzenia naczynioruchowe, wydzielnicze i odżywienia, jakoto: Lewa stopa jest nieco cieplejsza i różowsza, przy opuszczeniu nóg (gdy chory siedzi) barwa jej staje się czerwieńsza, a wreszcie przy dłuższem trwaniu tej pozycyi sina. Pozycya ta, połączona z wyraźnie obfitszym przypływem krwi, wywołuje silniejsze bóle, które miesienie w kierunku dośrodkowym łagodzi. Podeszwa lewa suchsza (anidrosis), tylko na grzbiecie stopy, w okolicy blizkiej nieczułych miejsc palców, jakby nieco wzmożona ilość potu (hyperhidrosis). W tej okolicy, jak i na zewnętrznej stronie goleni po stronie lewej wzmaga się wybitnie ilość potu podczas badania elektrycznego, które wogóle wpływa u tego chorego na wzmożone wydzielanie potu także i na zdrowej kończynie, na niej jednak mniej obfite. Lewa goleń oraz grzbiet stopy pokryte obficiej włosami, niż prawe (hypertrichosis). Że nie zależy to od zmniejszenia obwodu kończyny, widać zwłaszcza na grzbiecie stopy, ponieważ rozmiary stopy wybitnie zmienić się nie mogły.

Przebieg był następujący: Wkrótce po przyjęciu do kliniki stało się możliwe zginanie nogi lewej w kolanie przy położeniu na brzuchu, w końcu sierpnia stwierdzono drobne ruchy palców w postaci zginania ku podeszwie, a wreszcie w końcu września pojawiło się unoszenie zewnętrznego brzegu stopy oraz zginanie podeszwowe stopy (przy zgiętem kolanie). Pobudliwość elektryczna nie uległa żadnej zmianie, a obwód goleni nieco się zmniejszył. Bóle, które w sierpniu nieco przycichły, we wrześniu i październiku znowu zaczęły choremu dokuczać. Bóle te, oraz zatrzymanie się w końcu września dalszej poprawy pomimo energicznego leczenia (miesienie, elektryzacya, kąpiele) skłoniły nas do przeniesienia chorego w drugiej połowie października na klinikę chirurgiczną [1]).

Co się tyczy wyżej wymienionych zmian naczynioruchowych i odżywienia, to należy jeszcze dodać, że różnica zabarwienia skóry obydwu kończyn dolnych u chorego leżącego nie zawsze była wyraźna, występowała jednak zawsze bardzo wybitnie, gdy chory siedział. Pierwsza próba dłuższego siedzenia wywołała przekrwienie bardzo wybitne i bolesne obydwu stóp, znacznie jednak większe po stronie lewej. Tutaj przekrwienie wywołało nawet szereg drobnych wybroczyn na podeszwie. Próby następne opuszczania nóg, odtąd regularnie powtarzane, wybroczyn i na tej stopie już nie wywoływały, również przekrwienie i bolesność stopy prawej nie powtarzały się, przekrwienie natomiast czynne, a później i bierne, oraz bolesność obwodowych części nogi lewej pojawiały się nadal przy siedzeniu aż do końca pobytu chorego w klinice. Stopa lewa niezawsze bywała cieplejsza, niekiedy nawet sprawiała wrażenie zimniejszej, co wiązało się prawdopodobnie z jej większem poceniem się w okolicach skóry o stępionem czuciu. Do zaznaczonych wyżej zmian odżywienia musimy wreszcie doliczyć zanik kości, zwłaszcza stopy, po stronie lewej, dający bardzo wyraźny obraz rentgenologiczny.

[1]) Operacya, wykonana d. 8. XI. 1915 przez prof. Dr. Kadera, potwierdziła przypuszczenie: ciągłość nerwu nie była w sposób widoczny naruszona, nerw był natomiast w okolicy postrzału nieznacznie zgrubiały i otoczony zrostami z tkanką ota-





Kończyny dolne dwóch chorych z postrzałem nerwu kulszowego. Po stronie lewej kończyny chorego J. K., po stronie prawej chorego T. B. U obydwu uszkodzony został nerw kulszowy po stronie lewej. Po stronie tej są zwłaszcza stopy wyraźnie ciemniejsze, co stoi w związku z ich przekrwieniem; różnice te wpadają w oczy przedewszystkiem na palcach i paznokciach. U chorego J. K. widać nadto zanik mięśni oraz nadmierne uwłosienie na goleni i grzbiecie stopy.

Zbierając wszystkie objawy, dochodzimy do wniosku, że nerw kulszowy, jakkolwiek w przypadku tym został dotknięty dość znacznie, o czem świadczą wybitne porażenia, znieczulenia podeszwy i palców oraz odczyn zwyrodnienia, nie był przerwany całkowicie, wobec tego, że w zakresie nerwu łydkowego czucie było tylko przytępione, że nieznaczne ruchy pojawiły się zarówno w zakresie tego nerwu, jak i nerwu piszczelowego, oraz że bóle były dość silne. Zatrzymanie się poprawy i bóle tłómaczyliśmy sobie uciskiem tkanki bliznowatej na pień nerwowy, który to ucisk wymaga operacyi. Przypadek ten jest, jak świadczy kazuistyka wojenna, pod względem niecałkowitego przerwania nerwu najpospolitszy. Całkowite przerwanie nerwu przez postrzał zdarza się bowiem stosunkowo rzadko, według Lewandowskiego mniej więcej w 15% przypadków.

Pod względem objawowym należy podnieść z przypadów podmiotowych przedewszystkiem nadzwyczajne bóle pod podeszwą, w łydce oraz zewnętrznej powierzchni goleni, które sprawiały bardzo znaczne trudności w leczeniu. Oppenheim, omawiając swoje spostrzeżenia wojenne, podnosi, że postrzałowe uszkodzenia nerwów cechuje w bardzo wielu przypadkach znaczne natężenie bólów. Jakkolwiek przywykliśmy łączyć zazwyczaj z porażeniami nerwu kulszowego bóle, to jednak istotnie bóle w przypadku powyższym, jak i innych spostrzeganych przezemnie postrzałach tego nerwu, zdają się być większe. Režniček zalicza uszkodzenia postrzałowe nerwu kulszowego do najboleśniejszych.

Ze swojej strony muszę podkreślić nadzwyczajną wrażliwość uszkodzonego nerwu. Ranny ten, słuchacz medycyny, zrobił na sobie dwa spostrzeżenia, godne zapisania: 1) zauważył, że spożycie pokarmów lub napojów ciepłych (nawet paru łyków gorącej herbaty), taksamo, jak i nieznaczne dawki alkoholu (szklanka wina), zwiększały natychmiast napięcie bólów; 2) nagłe wrażenia, n. p. upadek jakiegoś przedmiotu, przykra wiadomość i t. d. odzywały się natychmiast przemijającym chwilowym bólem w zwykłych miejscach. Te podmiotowe podania chorego są znakomitym przykładem niesłychanej wrażliwości tkanki nerwowej. Przypominają się tutaj same przez się częste skargi na zależność natężenia bólów od wpływów atmosferycznych, głoszone przez chorych na rwę kulszową i inne nerwobóle.

Spostrzeżenie to nie jest unikatem. Spostrzegałem innego chorego z postrzałem w okolicy pachy lewej. Chory ten został ranny d. 1. VII. 1915. Natychmiast po zranieniu nie mógł przez kilka minut ruszać ręką lewą. W parę tygodni potem pojawiły się silne bóle po wewnętrznej stronie przedramienia, przyczem, co chory sam podawał bez żadnych poprzednio zadawanych pytań, bóle te występowały przy zmianie pogody, przy rozgrzaniu się, zmęczeniu, spożywaniu ciepłych pokarmów lub silniejszych wrażeniach. Przedmiotowo można było stwierdzić pewną zmianę czucia w obrębie skóry, unerwionej przez wewnętrzny większy nerw skórny (nervus cutaneus brachii internus major).

Nie mogę powiedzieć, czy przypadek nie odgrywa tu roli, ale skarg podobnych na ujemne działanie ciepła z wewnątrz lub z zewnątrz nigdy nie spotykałem przy postrzałach nerwu pośrodkowego (n. medianus) lub łokciowego, również dość bolesnych uszkodzeń w zakresie kończyn górnych, stwierdziłem je natomiast, jako mniej lub więcej krótkotrwały objaw, parę razy przy tak rzadko spotykanych w czasie pokoju uszkodzeniach czuciowych nerwów skóry tej kończyny. Poza wspomnianym przypadkiem draśnięcia wewnętrznego większego nerwu skórnego ramienia spotkałem skargi na podobną wrażliwość przy postrzale tylnego górnego nerwu skórnego ramienia (n. cutaneus brachii posterior superior) oraz przy zranieniu tylnego dolnego nerwu skórnego (n. cutaneus brachii posterior inferior n. radialis). O ile spostrzeżenie to jest istotnie charakterystyczne dla nerwów z przeważającą lub dominującą czynnością czuciową, przesądzać oczywiście nie można. Ze spostrzeganych przezemnie uszkodzeń nerwu kulszowego spotkałem się z podobnemi skargami podmiotowemi tylko w paru przypadkach (2 na 7), spotyka się je zatem, zwłaszcza przy postrzałach nerwu kulszowego, dość rzadko. Według wszelkiego prawdopodobieństwa stwierdzenie ich wymaga znacznej zdolności chorego do obserwacyi swego stanu, nie należy więc do łatwych. Z punktu widzenia klinicznego stwierdzenie tych skarg niema większego znaczenia, nabierają go one jednak, jeśli widzieć w nich będziemy przykład niezwykłej wrażliwości nerwów obwodowych, prawdopodobnie niejednakowej w różnych nerwach.

Z objawów przedmiotowych podnoszę częstość zespołu objawów, który według analogii z t. zw. erytromelalgią nazwać można erytromelalgicznym, a który bardziej lub mniej jaskrawo, przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu znajdowałem w najlżejszych nawet przypadkach uszkodzeń nerwu kulszowego. Chory skarży się przytem na silne bóle, stopy po stronie uszkodzenia są (zwłaszcza wkrótce po zranieniu) nieco różowsze i niekiedy cieplejsze, przy opuszczaniu nóg różowość się zwiększa, noga brzęknie, żyły nabrzmiewają, czerwonawość przechodzi nawet w sinicę i bóle stają się znacznie większe. U chorego wyżej opisanego objawy te istniały w bardzo wybitnym stopniu.

Przytoczę teraz, jako rzadki przykład, przypadek, w którym wspomniany zespół erytromelalgiczny występował niemal wyłącznie.

II. B. T., l. 35, ułan Legionów polskich, przyjęty do kliniki d. 6. VII. 1915. Został on d. 22. VI. 1915 w czasie jazdy na koniu trafiony od tyłu kulą karabinową w wewnętrzny górny odcinek lewego pośladka. Kulę wkrótce wyjęto po nacięciu tylnej powierzchni lewego uda nieco poniżej jego środka. Zraniony uczuł silne uderzenie, jakby kość została ugodzona, natychmiast potem uczucie zdrętwienia całej kończyny dolnej lewej bez żadnego upośledzenia ruchów. Po 2 dniach uczucie zdrętwienia osłabło, zwiększył się natomiast ból, odczuwany głównie w głębi pod kolanem i pod podeszwą. Przy dotykaniu tych

czającą. Zabieg operacyjny polegał więc w przypadku tym jedynie na wyswobodzeniu nerwu z pod uciskającej go tkanki, oraz kilku nacięciach podłużnych osłonki nerwu (perineurium) i pęczków nerwowych celem uwolnienia poszczególnych włókien z pod ucisku.

okolic występował nadto słabszy ból powierzchowny. Bóle te stanowiły główną skargę chorego przez cały okres jego pobytu w naszym szpitalu i dokuczały mu zwłaszcza w nocy. Z pni nerwowych był bolesny na ucisk nerw piszczelowy. Przedmiotowo stwierdziliśmy nieznaczne upośledzenie ruchów palców nogi lewej, oraz zniesienie odruchu ze ścięgna Achillesa tejże nogi. Zaburzeń czucia stwierdzić nie było można. Noga lewa natomiast od kolana, zwłaszcza zaś stopa, były cieplejsze i suchsze od prawej skutkiem zmniejszonego wydzielania potu, oraz różowsze skutkiem wzmożonego napływu krwi. Przy opuszczeniu kończyny z położenia poziomego do pionowego różnice w ciepłocie oraz zaczerwienienie stawały się jeszcze wybitniejsze, przyczem bóle znacznie się zwiększały.

Kiedy rannemu pozwolono chodzić, długotrwałe pionowe położenie nóg doprowadzało do lekkiego obrzęku stopy. Zmuszało to chorego do rozszerzenia buta, przeznaczonego na tę nogę. Przez czas dwumiesięcznego przeszło leczenia (do d. 16. IX. 1915) przedmiotowo nic się w stanie chorego nie zmieniło. Bóle tylko, które podmiotowo najbardziej choremu dokuczały, zmniejszyły się i po miesiącu już nie stanowiły przeszkody do chodzenia z nieznacznem tylko kuleniem. Bóle te łagodziły najlepiej ciepłe kąpiele oraz lód. Salicylan sodowy oraz inne środki przeciw nerwobólom w najróżnorodniejszych kombinacyach sprawiały tylko bardzo małą ulgę.

Przypadek ten jest podobny do przypadku, przedstawionego przez Cassirera, jako erytromelalgia obwodowa, w Towarzystwie neurologiczno-psychiatrycznem w Berlinie d. 14. XII. 1914. Przypadek Cassirera dotyczył żołnierza, rannego w lewą goleń pomiędzy środkową, a dolną trzecią częścią. O możliwości uszkodzenia nerwu piszczelowego, względnie nerwu łydkowego niema tam wzmianki. Przypadek ten różnił się od mojego przedewszystkiem zniesieniem odruchu ze ścięgna Achillesa, który tam był zachowany, oraz bolesnością uciskową nerwu piszczelowego, stwierdzoną tylko u mojego chorego. Co do zaburzeń ruchowych, to w moim przypadku były upośledzone nieco tylko ruchy palców, w jakim stopniu jednak upośledzenie to zależało od ostrożności, z jaką chory ruchy te, ze względu na bóle, wykonywał, orzec trudno. Takiesame zaburzenia ruchowe opisuje w przypadku swoim Cassirer, zaraz po zranieniu ruchy stopą i palcami miały być jednak upośledzone, nawet bardzo znacznie, czego mój chory nie podaje zupełnie. O wydzielaniu potu Cassirer nie wspomina, u mego zaś chorego wydzielanie potu było zmniejszone.

Wzgląd na zagadkową do dziś postać chorobową erytromelalgii skłonił mnie do zwrócenia szczególnej uwagi na zespół objawów, przypominających erytromelalgię, przy uszkodzeniach postrzałowych nerwu kulszowego. Rzecz dziwna, we wszystkich badanych przezemnie dotychczas uszkodzeniach tego nerwu stwierdzałem objawy przekrwienia i bolesności, zwiększające się przy opuszczeniu nóg, przy ruchach i pod wpływem ciepła, najbardziej charakterystyczne dla erytromelalgii. Nie jestem tego zdania, aby ból, na jaki ranni ci się skarżą, można było odnieść wyłącznie do zespołu erytromelalgicznego, przypuszczam jednak, że składnikiem jego jest właśnie ten ból erytromelalgiczny. Oczywiście muszę dodać tutaj zastrzeżenie, że niezawsze nasilenie tych objawów erytromelalgicznych było tak wybitne i długotrwałe, jak w przytoczonych przezemnie przypadkach. Według wszelkiego prawdopodobieństwa stanowią one cechę charakterystyczną pewnego, i to mianowicie początkowego okresu uszkodzeń postrzałowych tego nerwu. Tak n. p. u jednego z chorych, rannego przeszło przed rokiem (d. 23. X. 1914), stwierdziłem zupełnie odmienne zaburzenia naczynioruchowe: kończyna dolna po stronie uszkodzonego nerwu kulszowego była znacznie bledsza i nie traciła swej bladości nawet, gdy chory siedział ze spuszczonemi nogami. Dowiedziałem się od tego chorego, że w pierwszych miesiącach po zranieniu było inaczej, a mianowicie podobnie, jak u chorych, opisanych wyżej.

Podnosząc analogię z erytromelalgią, nie chcę oczywiście mówić o identyczności objawów. Oprócz analogii istnieją bowiem i różnice. Jedną z różnic zespołu erytromelalgicznego przy postrzałach nerwu kulszowego od rzeczywistego zespołu erytromelalgicznego zdają się być zaburzenia wydzielnicze. Jak to zaznacza Cassirer, z reguły spotykamy przy erytromelalgii nadmierne wydzielanie potu, przy postrzałach nerwu kulszowego natomiast zaburzenia wydzielnicze przedstawiają obraz bardziej różnorodny: raz mamy zmniejszone wydzielanie potu, jak u drugiego naszego chorego, to znów zwiększone, to znów jedno i drugie, zależnie od okolicy skóry, jak u pierwszego chorego. Wreszcie w erytromelalgii samoistnej objawy bólowe i naczynioruchowe występują bardziej napadowo, niż przy postrzałach nerwu kulszowego. Te drugorzędne różnice nie powinny jednak, zdaniem mojem, zamykać nam oczu na zaznaczone podobieństwo obrazów.

Cassirer, w swem dziele »Nerwice naczynioruchowe i troficzne«, omawiając erytromelalgię, broni jej samodzielnego stanowiska, jako choroby, oraz przyjmuje dwie grupy tego cierpienia. W jednej występują objawy w obrębie inerwacyjnym pewnego nerwu obwodowego, w drugiej w sposób rozlany we wszystkich lub niektórych tylko kończynach. Dla pierwszej grupy, która tu nas przedewszystkiem obchodzi, przyjmuje Cassirer za podstawę stan podrażnienia w nerwach obwodowych ze szczególnem uprzywilejowaniem włókien naczynioruchowych, w szczególności rozszerzających naczynia i wydzielniczych. I włókna czuciowe mają być w przypadkach tych zawsze dotknięte, prawdopodobnie najbardziej włókna czuciowe naczyń krwionośnych. Ta obwodowa erytromelalgia ma wiele punktów stycznych z zapaleniem nerwów i rwą (neuralgia), jakkolwiek nie można było dotychczas, jak to twierdzi Cassirer o ogłoszonych przyczynkach kazuistycznych, dotyczących tej sprawy, spostrzeganego w nich zespołu erytromelalgicznego odnosić z całą pewnością do zapalenia nerwu lub rwy (neuralgii). Cassirer sądzi, że dopóki nie znajdujemy pewnych oznak zapalenia nerwu lub rwy, a więc znieczuleń, porażeń, punktów uciskowych i t. d., dopóty nie możemy w przypadkach tych mówić o zapaleniu, ani o rwie z objawami erytromelalgii w zakresie określonego nerwu obwodowego. Przyjmuje on co do erytromelalgii obwodowej, że włókna obwodowe naczynioruchowe, czuciowe, względnie włókna czuciowe naczyń i włókna wydzielnicze są prawdopodobnie siedliskiem podrażnienia chorobowego, które w ostatecznym wyniku daje coś innego, niż zwykłe zapalenie nerwu lub rwa.

W naszym pierwszym przypadku mielibyśmy zatem zapalenie urazowe nerwu kulszowego, skombinowane z objawami, przypominającymi najzupełniej erytromelalgię obwodową, w drugim — objawy zapalenia nerwu zredukowane są do minimum, a na pierwszy plan wysuwają się zasadnicze objawy erytromelalgii. Inne przypadki postrzałów nerwu kulszowego, które spostrzegałem, a które tu pomijam, stanowią pod względem natężenia objawów jednej i drugiej kategoryi przejścia pomiędzy tymi dwoma, opisanymi wyżej przypadkami. Spostrzeżenia te nie dowodzą oczywiście, aby erytromelalgię uważać należało za zwykłe zapalenie nerwu obwodowego i nie zmierzają do usunięcia pojęcia erytromelalgii obwodowej, jako samoistnej jednostki chorobowej, dowodzą one jedynie, że zespół erytromelalgiczny jest, jeżeli nie stałym, to częstym bardzo objawem, występującym w pewnym okresie przy postrzałach nerwu kulszowego. Fakt ten należy uwzględnić, jeżeli idzie o jakiekolwiek teoretyczne zrozumienie erytromelalgii, w postrzałach nerwu kulszowego mamy bowiem przyczynki poniekąd doświadczalne dla rozjaśnienia trudnego zagadnienia mechanizmu erytromelalgii.

To, co przy uszkodzeniach nerwu kulszowego występuje w sposób jaskrawy, znajdujemy w lżejszej i mniej wyraźnej postaci w zakresie kończyn górnych niekiedy przy postrzałach nerwu pośrodkowego (n. medianus), a zdaje się czasami i nerwu łokciowego. Uszkodzenia nerwu pośrodkowego należą mianowicie do bardzo bolesnych, często są połączone z objawami naczynioruchowymi (przekrwieniem

biernem i czynnem) i wydzielniczymi, a opuszczenie rąk zazwyczaj zwiększa objawy przekrwienia oraz bóle w palcach. Pod tym względem brak mi jednak dotychczas większego materyału.

Nie da się wyłączyć, że do pewnego stopnia sam postrzał, jako swoisty zupełnie rodzaj uszkodzenia, sprawia częściej, niż inne czynniki szkodliwe, ten rodzaj podrażnienia, który wywołuje zespół objawów erytromelalgicznych. A może włókna naczynioruchowe, czuciowe, względnie włókna czuciowe naczyń i włókna wydzielnicze, od których podrażnienia zależy przypuszczalnie erytromelalgia, odznaczają się szczególną wrażliwością, sprawiającą, że bodźce, zdolne już wywołać erytromelalgię, nie są dostateczne, aby na ich gruncie rozwinęło się zapalenie nerwu.

Piśmiennictwo. 1) R. Cassirer: Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. 1912. — 2) S. Rudzki i J. Hornowski: Erytromelalgia. Neurologia polska, t. II, zesz. IV, 1912. — 3) Neurol. Centralblatt, 1915, artykuły i sprawozdania w Nr. 1—20.

Z pracowni lecznicy polskiej w Kijowie.

Przymiot doświadczalny u królików.

Podał

Dr A. Modrzewski.

(Odczyt na posiedzeniu Tow. lek. polskiego w Kijowie 20. V. 1914).

W 1881 roku Hänsel wykonał kilka szczepień materyału przymiotowego do przedniej komory oka króliczego. Po 3—6 tygodniach wylęgania otrzymał on zmiany w rogówce i tęczówce oka, które dziś, sądząc z opisu, mogą uchodzić za niezaprzeczalnie przymiotowe. Dowieść wtedy przymiotowego charakteru zmian oka Hänslowi nie udało się, nie znał on jeszcze krętka bladego.

Pierwszym, który opisał doświadczalny przymiot u królików po odkryciu Schaudinna, był Bertorelli w 1906 roku. Materyał, zawierający krętki blade w postaci zawiesiny w rozczynie fizyologicznym, Bertorelli wstrzykiwał do przedniej komory oka królika w ilości 2—3 kropel, wypuściwszy uprzednio płyn z przedniej komory. Po 3—6 tygodniach wylęgania zjawiało się zapalenie rogówki i tęczówki z obecnością krętka bladego. Odsetka dodatnich wyników była w doświadczeniach Bertorelliego stosunkowo niewielka, 10—15%, lecz większa niż u Hänsla.

W ślad za Bertorellim cały szereg autorów opisuje dodatnie wyniki szczepień materyału przymiotowego do przedniej komory oka królika (Scherber, Neisser, Schucht, Mulhens, Hoffmann, Uhlenhuth, Tomasczewski, Purkhauer, Grouven i inni).

W technice szczepienia zaszły także zmiany. Wiadomo, że niekonieczne jest wprowadzenie materyału do przedniej komory oka, lecz wystarcza do zakażenia wetrzeć materyał w rogówkę królika po poprzedniej skaryfikacyi, lub nawet bez niej. Są wypadki, gdzie tylko wkraplanie zawiesiny, zawierającej krętka bladego, do worka spojówkowego oka królika wywoływało zakażenie.

Dzięki przeszczepieniu zarazka z jednego zwierzęcia na drugie, udało się zwiększyć zaraźliwość szczepu i podnieść odsetek dodatnich wyników do 50—60%. Przymiotowe zapalenie rogówki nabierało własności nawracania (recydyw), lecz w większości przypadków pozostawało sprawą miejscową. Zaledwo kilku badaczy (Grouven, Purkhauer) widziało przy tym sposobie szczepienia przejawy uogólnienia się przymiotu w postaci wykwitów przymiotowych w innych miejscach.

Próby badaczy zakażania królików podskórnie przez dłuższy czas nie dawały dodatnich wyników, aż Parodi w 1907 r., szczepiąc cząstki guzka przymiotowego (papula) człowieka do jądra królika, otrzymał zmiany w postaci nacieków, w których zapomocą metody Levaditiego wykrył krętka bladego. Wkrótce potem Tomasczewski zmienił technikę szczepienia, wprowadzając materyał przymiotowy do głębokiej kieszonki podskórnej w mosznie, sięgającej do samego jądra. Odsetka wyników dodatnich Tomaszczewskiego była bardzo wysoka, 86·5% (z 45 królików — dodatnich wyników 39). Parodi, a potem Uhlenhuth i Multzer wstrzykiwaniami materyału pod błonę białawą (tunica albuginea) jądra wywoływali przymiotowe schorzenie jądra u królików. Uhlenhuth i Multzer jeszcze inaczej zmienili technikę szczepień, a mianowicie zaczęli wykonywać wstrzykiwania do samego miąższu jądra. Materyał, który miał służyć do szczepienia, posiekany lub roztarty na drobne cząsteczki, mieszano z fizyologicznym rozczynem soli, kłócono w odpowiednim przyrządzie (Schüttelapparat) w ciągu ½—1 godziny, następnie przesączano przez gazę we dwoje złożoną. Ciecz, zawierającą zwykle mnóstwo krętków, wstrzykiwano strzykawką wprost do jądra. Posiłkując się tą metodą, Uhlenhuth i Multzer otrzymali kilkanaście pokoleń zarazka przymiotowego w jądrze królika. Jest to tak zwana »czysta hodowla krętka bladego według Uhlenhutha«. Przeszczepianie z jednego zwierzęcia na drugie wpłynęło według Uhlenhutha na zwiększenie zaraźliwości zarazka, co zaznaczyło się zwiększeniem odsetka dodatnich wyników z 8—25% do 75—78%, zmniejszeniem okresu wylęgania z 10—12 tygodni do 4—6 i nasileniem przejawów chorobowych.

Chorobowe objawy, jakie Uhlenhuth i Multzer otrzymywali w jądrze królika, były następujące:

1) Ulcus induratum scroti.
2) Orchitis syphil. totalis et circumscripta.
3) Periorchitis syphil. totalis et circumscripta.

We wszystkich tych ogniskach chorobowych zwykle znajduje się mnóstwo krętków. Objawy te Uhlenhuth i Multzer uważają za pierwotne zmiany przymiotowe.

Że przymiot może u królików uogólnić się — o tem mówił jeszcze w 1908 r. Neisser. Uhlenhuth i Multzer wykonali cały szereg doświadczeń i wykazali, że krętek blady może być wykryty w wewnętrznych narządach zakażonego królika (wątroba, śledziona, szpik kostny) i że przymiotowe wykwity mogą zjawić się przy szczepieniu do jądra w drugiem jądrze, na rogówce oka, około odbytu. Gruczoły chłonne w okolicy pachwinowej odnośnej strony przy przymiocie jądra także bywają czasami zwiększone. Trzeba zaznaczyć, że zjawiska wtórne u królików występowały w doświadczeniach Uhlenhutha i Multzera nie często.

Dla otrzymania wybitnych przejawów ogólnego przymiotu u królików posiłkowali się autorowie wstrzykiwaniem zawiesiny przymiotowej wprost do żyły lub do serca młodych królików, wywołując tym sposobem sprawy przymiotowe w różnych nietypowych miejscach: na nosie, na końcu

ogona, około pazurów. Wszystko to autorowie uważają za objawy identyczne z objawami ogólnego zakażenia u ludzi, lecz zdaje się, że właściwiej byłoby widzieć w tem przejawy wielorakich zmian pierwotnych.

Co do miejsca, na którem mogą być wywołane zmiany pierwotne u królika, to ostatnimi czasy opisano przypadki zakażenia w okolicy brwi, podobnie, jak to bywa u małp. W innych miejscach na skórze zakażenia udawały się nadzwyczaj rzadko i tylko po poprzedniem urazowem uszkodzeniu miejsca zakażenia. Bardzo ciekawe są doświadczenia Nogouchiego ze szczepieniem zarazka przymiotowego do mózgu królika. U 4 królików, nie zakażonych przymiotem, szczepienie zarazka pod oponę mózgową nie wywołało żadnych zmian. U 12 innych królików, które zostały przedtem uczulone wstrzykiwaniami do żyły zabitej hodowli krętka bladego, nastąpiły oznaki schorzenia mózgu lub opon i w niektórych z tych przypadków przy badaniu histologicznem wykryto krętki.

Objawy przymiotowe u królików po pewnym czasie znikają bez leczenia i królik wydaje się zdrowym. Tylko w bardzo niewielu przypadkach króliki giną z wyniszczenia bez żadnych typowych zmian w narządach wewnętrznych. W krwi królików chorych na pierwotne objawy przymiotowe odczyn Wassermanna daje dość często wynik dodatni (Finkelstein 42%), lecz Uhlenhuth i Multzer przestrzegają, że także krew zdrowych królików dość często daje ten odczyn. Aglutynin nie wykryto. Również surowica krwi królików, które chorowały na przymiot, niema własności leczniczych.

Że przymiot u królików doskonale leczy się zapomocą arsenobenzolu, o tem nie potrzebuję osobno wspominać, bo przecie z doświadczeń na królikach powstało leczenie arsenobenzolowe. Bardzo niewiele zdołałem znaleść w dostępnej mi literaturze prac o leczeniu przymiotu u królików przetworami rtęci i jodkiem potasu. Zdaje się, tylko dawki wielkie, trujące tych przetworów działają na krętki blade.

Wyleczony przymiot nie zabezpiecza od powtórnego zakażenia. U królika nawet istniejący przymiot nie daje odporności całkowitej. Wiadomo, że króliki zakażone do jednego oka, mogą być z łatwością zakażone do drugiego oka. Króliki zakażone do jądra, łatwo zakażają się również do drugiego jądra.

Sprawa dziedziczności przymiotu u królików jest jeszcze mało opracowana. Objawy dziedzicznego przymiotu w postaci miąższowego zapalenia rogówki otrzymał tylko Wiman.

Dalsze swe badania Uhlenhuth i Multzer zwrócili w kierunku wyjaśnienia zaraźliwości resp. obecności krętka bladego we krwi chorych na kiłę. Stwierdzili oni, że krew kiłowych z objawami pierwotnymi i wtórnymi, wstrzykiwana do jądra królika, wykazała w 70—80% obecność krętka bladego. Wykazali także, że i krew chorych na przymiot utajony w 2 przypadkach z 15 (tylko odczyn Wassermanna był dodatni) wykazała obecność krętka bladego. Wprawdzie dwu tych przypadków nie można uważać za prawdziwy przymiot utajony, gdyż w jednym z nich okazało się, że w trzy dni po wzięciu krwi do badania wystąpiły objawy jawnego przymiotu, a w przypadku drugim chodziło o kobietę, która przed 18 dniami porodziła dziecko z jawnemi oznakami przymiotu. W trzecim okresie przymiotu powiodło się Uhlenhuthowi i Multzerowi wykazać obecność krętka bladego w jednym z 8 przypadków. Przy przymiocie dziedzicznym, późnym, z dodatnim odczynem Wassermanna, nie powiodło się wykazać krętka bladego. Również nie powiodło się M. Hanauowi wykazać obecności krętka bladego we krwi przy miąższowem kiłowem zapaleniu rogówki. Udało się natomiast dowieść zaraźliwości nasienia chorych na kiłę w dwóch przypadkach z sześciu. W płynie mózgowo-rdzeniowym chorych z objawami wtórnymi w dwóch przypadkach znaleziono krętki blade; natomiast w płynie tym w przypadkach wiądu i porażenia postępującego krętków nie wykryto, lecz natomiast powiodło się Uhlenhuthowi i Multzerowi wykazać zapomocą szczepienia królikom obecność krętka bladego w mózgu chorego na porażenie postępowe, co potwierdza epokowe odkrycie M. Nogouchi [1]). Uhlenhuth i Multzer dowiedli, że mleko kobiet z oznakami przymiotu lub tylko z dodatnim odczynem Wassermanna zawiera krętki blade. Co się tyczy moczu lub plwociny, to nie powiodło się w nich stwierdzić krętków. W jednym przypadku przymiotu złośliwego obecność krętka bladego stwierdzono szczepieniem na królikach.

Czy przymiot królików jest zaraźliwy dla człowieka? Niestety mamy już dwa przypadki zakażeń pracownianych u ludzi materyałem od królików w czasie szczepień. Opisane one zostały przez Boschkego i Graetz-Delbanco. Leczenie rtęciowe lub arszenikowe wpływa na znikanie krętków ze krwi królików często, ale nie zawsze. Wkrótce cały szereg autorów (Finkelstein, Danila, Max Müller, Graves, Frühwald, Armann i inni) potwierdził większość doświadczeń Uhlenhutha. Z nich Finkelstein, który szczepił metodą Tomasczewskiego 45 królików, używając materyału z 2 królików, otrzymanych z pracowni Ehrlicha, miał wyników dodatnich 53·3%. Podkreśla on przytem, że albinosy rosyjskie dały większą odsetkę (67·7%) dodatnich szczepień, niż króliki innych ras (43·5%).

Autor ten twierdzi, że na 24 zakażone króliki widział w 4 przypadkach objawy, które określa jako wtórne i w 3 przypadkach trzeciorzędne. Wywody swoje opiera na zewnętrznem wejrzeniu wykwitów i na wynikach badania histologicznego.

Bardzo niedawno, bo w marcu r. b., w czasopiśmie »Charkowskij medic. żurnał« wyszła jeszcze jedna praca rosyjskiego autora Kandyby z charkowskiego instytutu bakteryologicznego (kierownik Niedrygajłow). Podaje on wyniki szczepienia na 181 królikach. Z tych (po wyłączeniu 80, które wcześniej zginęły lub użyte zostały dla wyjaśnienia specyalnych zagadnień), na 101 królików było 90 dodatnich szczepień, 8 ujemnych i 3 wątpliwe.

Krętka otrzymał Kandyba z człowieka, szczepił przeważnie do jąder metodą Tomasczewskiego. Nie zauważył on, żeby zaraźliwość jadu zwiększała się wskutek przeszczepiania. Od samego początku była ona bardzo znaczna. Nie zmniejszył się też w doświadczeniach Kandyby okres wylęgania. Najczęściej wylęganie trwało 4—7 tygodni, zdarzały

[1]) Na posiedzeniu lekarzy wiedeńskich 9. maja 1914 Matthauschek zawiadomił, że w 2 przypadkach porażenia postępowego i w dwóch przypadkach wiądu otrzymał wynik dodatni przy szczepieniu płynu mózgowo-rdzeniowego królika. Sem. medic. 1914, Nr 19. str. 228.

się jednak wahania od 14 do 240 dni. Pod tym względem badania Kandyby nie różnią się od badań innych autorów.

Bardzo ciekawe natomiast są jego wyniki w sprawie uogólnienia się przymiotu u królików. Twierdzi on, że już w kilka (7) dni po zakażeniu na miejscu zakażenia można wykazać zapomocą badań anatomo-patologicznych, że zakażenie nastąpiło i krętki zaczęły się rozmnażać. Również bardzo wcześnie (w jednym przypadku na drugi dzień, a w jednym na piąty dzień zakażenia) można zapomocą szczepień wykazać obecność krętków w śledzionie zakażonego królika.

Co do objawów wtórnych zwraca Kandyba uwagę na to, że, jak to już podkreślił Grouven, by je otrzymać u królików, potrzeba króliki poddać dłuższej, 13—15-miesięcznej obserwacyi. Takiej obserwacyi poddał on 25 królików (króliki rosyjskie, szczepione do jądra) i z nich u 19, t. j. w 76%, stwierdzono wtórne przypadłości w oku (keratitis syphilitica), w 40% swoiste sprawy na skórze i śluzówkach.

Co do częstości objawów ocznych, to, porównując swoje dane z pracami autorów, którzy, jak n. p. Tomasczewski, pracowali nad sprawą odporności przy przymiocie królików, Kandyba dochodzi do przekonania, że oko znajduje się pod tym względem w jakichś szczególnych warunkach i obiecuje poświęcić temu pytaniu osobną pracę.

Przechodzę teraz do własnych doświadczeń. Jako materyał do doświadczeń służył mi szczep, wyhodowany w lutym 1912 zapomocą wstrzyknięcia 2 cm³ krwi z chorego na kiłę do jądra królika. Po 23 dniach wylęgania zjawiło się stwardnienie w miąższu jądra, zawierające krętki blade. Przeszczepiając w ten sposób otrzymamy szczep krętków z początku częścią na rogówkę, częścią do jąder królika (metoda Tomasczewskiego, a potem Uhlenhutha), otrzymałem dziś już trzynaste pokolenie krętka bladego. Do doświadczeń użyto 101 królików, z których 26 odpadło w ciągu doświadczeń jużto dlatego, że zginęły zawcześnie, jużto dlatego, że zostały użyte do specyalnych doświadczeń. Na pozostałych 75 królików miałem 66 wyników dodatnich (88%), 8 ujemnych i 1 wątpliwy. Do szczepień służyły mi przeważnie króliki rosyjskie. Podobnie, jak w badaniach Kandyby, szczep odrazu był bardzo zaraźliwy, a nie zauważyłem, by zaraźliwość ta z czasem pod wpływem przeszczepiań zwiększała się. Zmniejszył się chyba tylko okres wylęgania, lecz i to niebardzo wybitnie.

Okres wylęgania trwał:

Od	1	do 10	dni	w	0	przypadkach
»	11	» 15	»	»	8	»
»	16	» 20	»	»	15	»
»	21	» 25	»	»	8	»
»	26	» 30	»	»	17	»
»	31	» 35	»	»	6	»
»	36	» 40	»	»	7	»
»	41	» 45	»	»	2	»
»	46	» 50	»	»	2	»
Ponad	50	» (77)	»	»	1	»

W przeszło połowie przypadków wynosił okres wylęgania od 15 do 30 dni, wahania od 13 do 77 dni. Drugie pokolenie tego szczepu, a mianowicie królik Nr 8 oddany został Dr Kleinowi (kijowski instytut bakteryolog.) Dr Klein upoważnił mnie do zaznaczenia, że cały ten czas podtrzymuje on szczep na rogówce królików, otrzymał już kilkanaście pokoleń i także podkreśla wysoką odsetkę wyników dodatnich z 20—30-dniowym okresem wylęgania.

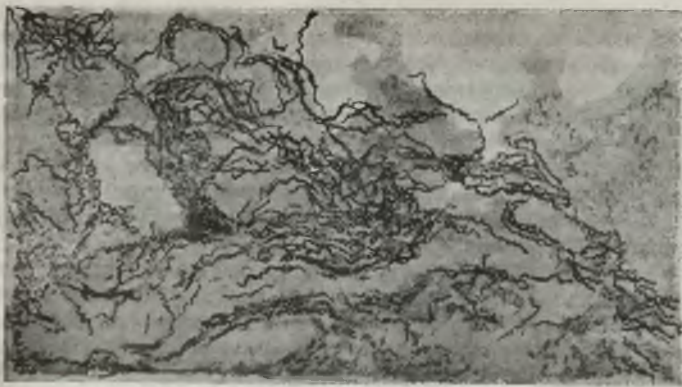
Króliki w Kijowie i w okolicy wszystkie chorują na świerzb, a osobliwie przy trzymaniu ich w klatkach choroba ta tak się rozwija, że zwierzęta zwykle po 3—4 miesiącach giną. Uwzględniając doświadczenia Kandyby, rozumiem teraz, dlaczego nie otrzymywałem większej ilości objawów wtórnych. Przyczyną tego było to, że króliki zawcześnie ginęły. Właściwie tylko u 3 królików z 75 zakażonych i będących dłuższy czas pod obserwacyą, a mianowicie Nr 35 (8 mies.), Nr 41 (10 mies.) i Nr 73 (7 mies.) mogłem oczekiwać zmian wtórnych. I rzeczywiście u dwóch z nich takie zmiany wystąpiły. Nr 35, zakażony do lewego jądra, w 5 mies. 16 dni po zakażeniu dostał ograniczonego zapalenia (orchitis circumscripta) w prawem jądrze, w którem stwierdziłem krętki metodą Burriego. Nr 41, zakażony do jądra, po zupełnem samoistnem wygojeniu się wrzodu pierwotnego, w 8 miesięcy po zaszczepieniu dostał zapalenia rogówki. W nacieku rogówki wprawdzie krętka nie wykryto, klinicznie jednak wyglądała ona nadzwyczaj typowo. U Nr 73 żadnych zmian nie zauważono.

Przed szczepieniem materyału, t. j. cząstek jądra zabitego królika, zwykle badałem go co do obecności krętka metodą Burriego. Zauważyłem, że im materyał był starszy, tem mniej zawierał krętków, a materyał wzięty z bardzo starych owrzodzeń czasami nie zawierał zupełnie widocznych zarazków. Jednakże nie wpływało to zupełnie na zaraźliwość materyału. Zbadałem przeto szereg przymiotowych zapaleń jądra metodą Nogouchiego (srebrzenie podobnie jak w metodzie Levaditiego) i otrzymałem szereg preparatów, z których widać, że w świeżych naciekach znajdują się tylko dobrze rozwinięte typowe krętki. Im starsze jest zapalenie jądra, tem mniej typowych krętków, a więcej ziarnistych mas, barwiących się metodą Nogouchiego ciemno, jak krętki. W bardzo starych zapaleniach jąder znajdujemy krętki w bardzo skąpej ilości i prawie wyłącznie w postaci ziarnistych, barwiących się srebrem na czarno mas, któremi preparaty są jakby usiane. Podobne spostrzeżenie pomogło Nogouchiemu wykryć krętki w mózgu paralityków. Badając te miejsca mózgu paralityków, w których było dużo ziarnistych mas, wykrył on w skąpej ilości typowe krętki.

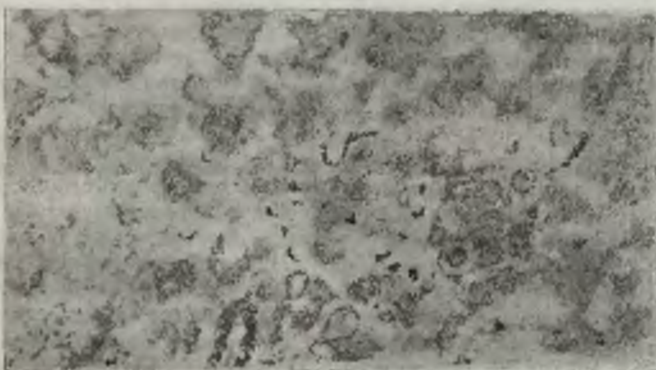
Co do pytania, jak zachowuje się krętek na miejscu szczepienia. Kandyba utrzymuje, że już po 7 dniach stwierdzał rozmnażanie się krętka. Tak wczesnych obserwacyi nie posiadam, lecz posiadam preparat jądra króliczego z 14. dnia po szczepieniu, makroskopowo prawie nie zmienionego, gdzie zapomocą metody Nogouchiego wykrywa się mnóstwo krętków.

10 królików leczyłem dożylnemi wstrzykiwaniami salwarsanu (0·15 neosalwarsanu) i z tych 7 królików przedstawiało objawy przymiotowego zapalenia rogówek, a 3 zapalenia jądra (orchitis et periorchitis). U wszystkich zmiany owe ustąpiły zupełnie w ciągu 2—15 dni. W jednym tylko przypadku próbowałem leczyć zapalenie rogówki wstrzykiwaniem sublimatu w ilości 0·002 na dawkę, lecz bez skutku. Ten sam królik został szybko wyleczony wstrzyknięciem 0·15 neosalwarsanu.

Drugiemu królikowi, po wyleczeniu zapomocą 0·15 neosalwarsanu zapalenia rogówki, zaszczepiono po 10 dniach (licząc od zupełnego wyzdrowienia) materyał zakaźny do



Kr. Nr 79. Orch. syphil. 20 dni po zakażeniu.



Kr. Nr 85. Orch. syphil. 68 dni po zakażeniu.

jądra. Po 33 dniach nastąpiło wyraźne stwardnienie na miejscu szczepienia.

Próby, podjęte przezemnie w celu otrzymania czystej hodowli krętka bladego sposobem Szereszewskiego i Nogouchiego, podobnie jak i próby, podjęte przez Kandybę nie doprowadziły dotychczas do pożądanych wyników.

Z tego, cośmy dotychczas powiedzieli, sądzę, że mamy prawo wyciągnąć następujące wnioski. Przymiot doświadczalny królików przyczynił się do wyjaśnienia patogenezy tej choroby u człowieka. Pomijając już, że wiele faktów, zaobserwowanych klinicznie u człowieka, udało się stwierdzić doświadczalnie, badania Uhlenhutha dowiodły, że krętek blady krąży we krwi w większej lub mniejszej ilości we wszystkich okresach przymiotu. Że przymiot jest przewlekłą spiryllozą, o tem już teraz nikt nie wątpi. Jak się zdaje, także nie ulega wątpliwości zdanie, że tak zwane choroby parasyfilityczne nie są niczem innem, jak objawami czynnego przymiotu z obecnością żywego krętka bladego, jeżeli nie we krwi, to przynajmniej na miejscach zmian chorobowych. Jednym z najciekawszych nierozstrzygniętych problematów pozostaje natomiast pytanie, w jaki sposób i kiedy krętek blady dostaje się do układu nerwowego człowieka i co się z nim dzieje w ciągu tego długiego czasu, który przechodzi między objawami wtórnymi przymiotu, a początkiem wiądu rdzenia i porażenia postępowego. Z tej dziedziny mamy jeszcze badań niewiele, lecz praca już zaczęta.

Piśmiennictwo. 1) Uhlenhuth i P. Multzer: Beiträge zur experimentellen Pathologie und Therapie der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Impf-Syphilis der Kaninchen. Berlin 1913. — 2) Ciż sami. Weitere Mitteilungen über die Infektiosität des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen für das Kaninchen. Berl. kl. Woch. 1913, Nr 17.— 3) Ciż sami. Weitere Mitteilungen über Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. Berl. kl. Woch. 1913, Nr 44. — 4) H. Nogouchi. Paralysie generale et syphilis. Presse méd. 1913, Nr 81.— 5) Finkelstejn. K woprosu ob experimentalnom sifilisie krolikow. Russkij Wracz 1912, Nr 20. — 6) Kandyba. Eksperimentalnyj sifilis na krolikach. Charkowskij medic. żurnal. Marzec 1914. — 7) Centralbl. f. Bakteriol. Referate. Tom 57, 58, 59, 60. — 8) Bull. de l'Institut Pasteur 1911, 1912, 1913.

Z c. i k. Szpitala rezerwowego w Szembathely (Węgry). Komendant: Lekarz pułkowy Dr Juliusz Glück. (Oddział wewnętrzny: kierownik Dr Juliusz Sputz).

Prosty sposób wykrycia barwików żółci w moczu.

Podał

kand. med. Ludwik Rosenberg.

Jest rzeczą bardzo ważną, by w szpitalach polowych i rezerwowych zapomocą niewielu odczynników można wykonać badanie moczu co do kilku patologicznych składników. Do takich ważniejszych składników należą barwiki żółci.

Badanie co do tych barwików można wykonać także zapomocą tych samych odczynników, które służą do badania cukru (Trommer) i białka (próba biuretowa).

Jeżeli do około 10 cm^3 moczu dodamy równą ilość 20% rozczynu ługu potasowego i 2—3 kropli 10% rozczynu siarczanu miedzi, to w razie obecności barwików żółci powstanie przy wstrząsaniu zabarwienie oliwkowo-zielone.

Dotychczasowe badania wykazały, że odczyn ten nie może być wywołany przez żaden inny składnik moczu.

Próba ta okazała się czułą [1]).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Hans Much. **Nauka o odporności** (Die Immunitätswissenschaft. Eine kurzgefasste Übersicht über die biologische Therapie und Diagnostik für Ärzte und Studierende). Wydanie II. Würzburg 1914. Nakład C. Kabitzscha. Cena 8 Mk.

Nader liczne i rozległe badania doświadczalne lat ostatnich tak rozszerzyły i pogłębiły wiadomości o zjawiskach odporności i uodpornienia, że można mówić wprost o wyodrębnieniu się nowej, w sobie poniekąd zamkniętej gałęzi nauki. Toteż pomimo, że gałąź ta ciągle szybko się dalej rozrasta, że wiele zagadnień czeka jeszcze na wyjaśnienie, było rzeczą konieczną zestawienie zdobyczy już dokonanych i uporządkowanie zgromadzonego dotąd materyału dla tych, którzy, nie mogąc śledzić ogromnego piśmiennictwa tego przedmiotu, z trudnością oryentują się w istnym lesie zgromadzonych już faktów naukowych i wysnutych z nich, nieraz bardzo rozbieżnych, teoryi. Potrzebę tę odczuwają też coraz silniej szerokie koła lekarzy praktycznych wobec nader ważnych wyników, jakie nauka o odporności dała także dla dyagnostyki i terapii.

Wśród podręczników, mających zaradzić tej potrzebie, zasługuje na uwagę dzieło Mucha; autor miał na oku przedewszystkiem uczącą się młodzież i lekarzy praktycznych i unikał zbytecznego balastu, niemniej jednak starał się przedstawić rzecz dokładnie i nie pominąć żadnego szczegółu, istotnie ważnego. (Wadą książki są zawarte w niej gdzieniegdzie, niezbyt udatne próby »filozofowania«). Poszczególne rozdziały książki Mucha traktują o stosunku odporności do jadowitości zarazków, o czynnem i biernem uodpornieniu, o uodpornieniu przeciw jadom (toksynom),

[1]) Odczyn ten mógłby być przydatny, jeżeli niema pod ręką odczynników, potrzebnych do zwykłych sposobów wykrywania barwików żółciowych. Zależy on od obecności w moczu biliwerdyny, a występuje dopiero wobec znaczniejszej jej ilości; dlatego co do czułości nie może być porównany z właściwymi odczynami barwików żółciowych. (Przypisek Redakcyi).

o zarazkach, działających przez endotoksyny oraz o szczepieniach ochronnych i leczniczych w zakażeniach, wywołanych przez te zarazki, dalej o nadwrażliwości, o niwecznikach i ich zużytkowaniu dyagnostycznem (precypitacya, aglutynacya, odczyn opsoninowy, wiązanie dopełniacza i t. d.), o chemoterapii, a wreszcie o odporności i uodpornieniu w poszczególnych chorobach. W każdym rozdziale poświęcono osobne ustępy technice, co podnosi wartość dzieła, jako praktycznego podręcznika. Z.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie wniosła z końcem lipca b. r. do c. k. Namiestnictwa galicyjskiego następujące pismo:

Podpisana Izba lekarska, powstała w myśl ustawy z 22. XII. 1891 do obrad i uchwał we wszystkich sprawach, tyczących się rozwoju higieny publicznej i urządzeń sanitarnych, o ile w tych sprawach wchodzi w grę współdziałanie lekarzy, uchwaliła na posiedzeniu z d. 27. VII. b. r. zwrócić się do Władz kompetentnych z przedstawieniem naglących, jej zdaniem, wskazań, ze względu na obecny stan zdrowotności w mieście Lwowie i okolicy.

1. Zdaniem Izby, masowy napływ chorych zakaźnych z gmin obcych do Lwowa zagraża w wysokim stopniu miastu wielkiemi epidemiami, a ponieważ Lwów jest punktem węzłowym komunikacyjnym, zapowietrzenie Lwowa również i dla interesów armii nie jest pożądane. Izba lekarska pozwala sobie tedy zwrócić uwagę, że w myśl obowiązujących przepisów ustawowych, dostęp chorych zakaźnych powinien być wstrzymany, natomiast chorzy ci powinni znaleść opiekę i pomoc lekarską w osobnych szpitalach epidemicznych, zakładanych przez gminy.

2. Izba lekarska uważa za konieczne, by w gminach zakażonych ograniczono obrót środkami spożywczymi i nie dopuszczano do miasta artykułów spożywczych z domostw zakażonych.

3. Wogóle ruch ludności z miejsc zakażonych powinno się ograniczyć do niezbędnej konieczności, aby zapobiedz przenoszeniu zarazków do miasta. Z tego powodu byłoby pożądane, aby pobór wojskowy z gmin powiatu lwowskiego nie był scentralizowany we Lwowie, lecz odbywał się w pewnych punktach zbornych w powiecie. Także konwoje więźniów i skazańców z miejscowości zakażonych do dalszych etapów należałoby przeprowadzać ile możności z ominięciem Lwowa.

4. Izba lekarska dalej mniema, że wobec rozpowszechnienia epidemii we wschodniej części kraju zwalczanie ich należałoby ująć w jednolity plan i kierować akcyą przeciwepidemiczną w sposób celowy. Dla osiągnięcia tego niezbędne jest ustanowienie we Lwowie sanitarnej ekspozytury Namiestnictwa, uposażonej w fachowe siły sanitarne i reaktywowanie we Lwowie Krajowej Rady zdrowia lub Rady zdrowia dla wschodniej części kraju, gdyż kierowanie akcyą przeciwepidemiczną z Białej jest niewykonalne i wskutek tego cała ta akcya chroma, nie mając należytego współdziałania ze strony administracyi państwowej.

5. Izba lekarska oznajmia gotowość uczestniczenia przez delegatów w pracach czy to krajowej komisyi sanitarnej, czy innych ciał doradczych, i oczekuje w tej mierze wezwania Władzy.

6. Izba lekarska uważa rekwirowanie wojenne sił lekarskich ze Lwowa dla usług sanitarnych na prowincyi za niebezpieczne, gdyż ludność Lwowa i tak ma utrudnioną pomoc lekarską wskutek ogromnego zeszczuplenia liczby lekarzy miejscowych. Natomiast Izba sądzi, że możnaby pod zagrożeniem utraty posady zawezwać wszystkich lekarzy rządowych, okręgowych, gminnych, lub zajmujących jakiekolwiek inne stałe posady na prowincyi, a obecnie gdzieindziej przebywających, do powrotu na opuszczone posterunki. Izba lekarska od siebie zwróciła się do przynależnych lekarzy, którzy z kraju wyjechali, z wezwaniem do powrotu na swoje stanowiska.

7. Izba lekarska podziela obawy, że rekwirowanie mąki po domach mogłoby przyczynić się do rozpowszechnienia dalszego epidemii.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie wniosła do c. k. Namiestnictwa galicyjskiego następujące przedstawienie:

Stosownie do § 4 ustawy o Izbach lekarskich z d. 22/12 1891, nakładającego na Izby lekarskie obowiązek zajmowania się także sprawami zdrowotności w kraju, ma zaszczyt Izba lekarska zachodnio-galicyjska na zasadzie uchwały Wydziału z dnia 30 września b. r. przedstawić Wysokiemu c. k. Namiestnictwu pilne, zdaniem Izby, wskazania ze względu na obecny stan kraju pod względem sanitarnym, a mianowicie ze względu na panujące w znacznym rozmiarze epidemie, na pogorszenie się stosunków sanitarnych w okolicach zniszczonych najazdem nieprzyjacielskim, na niehigieniczne warunki, w których znajduje się ludność pozbawiona pomieszkań, na niebezpieczeństwo, zagrażające zdrowiu ludności przez niedostateczne lub niewłaściwe pożywienie, wreszcie ze względu na obawę wpływów zwyradniających, działających w obecnym czasie w wysokim stopniu nadzieci.

Z tych względów byłoby, zdaniem Izby, pożądane jak najrychlejsze przeprowadzenie następujących na razie środków:

1) Ponieważ kierowanie akcyą przeciwepidemiczną i asanacyjną od zachodnich granic kraju, z Białej, nie może być łatwe i tak szybkie, jak tego obecne stosunki wymagają, przeto należałoby utworzyć niezwłocznie w środkowych częściach kraju ekspozytury sanitarne c. k. Namiestnictwa, wyposażone w odpowiednie kompetencye, siły i środki. Gdyby zaś nawet utworzona została taka ekspozytura we Lwowie, to byłaby pożądana druga jeszcze ekspozytura w jednem z miast, bliższych zachodu, a to przynajmniej dopóty, dopóki »ściślejszy teren wojenny« i złączone z nim utrudnienia komunikacyjne i t. p. nie przesuną się bardziej jeszcze na wschód.

2) O ileby obecnie działające inspektoraty sanitarne nie mogły podołać zwiększonej pracy, byłoby pożądane zorganizowanie inspekcyi sanitarnych, powołanych z poza grona c. k. lekarzy urzędowych.

3) Konieczne jest umożliwienie warunków bytu dla lekarzy w okolicach zdewastowanych przez przygotowanie dla nich stosownych mieszkań i dostarczenie całego utrzymania, jak to często się dzieje obecnie w innych krajach koronnych Austryi, chociaż nawet nie były one dotknięte klęską wojny. Takie świadczenia »in natura« mogą znacznie ułatwić pozyskanie dostatecznej liczby lekarzy na stanowiska lekarzy epidemicznych, oraz powrót lekarzy praktycznych do ich dawniejszych stałych siedzib. Niezbędne jest również zapewnienie lekarzom, zajętym akcyą przeciwepidemiczną i asanacyjną, środków lokomocyi przez uproszenie podwód lub automobilów od c. i k. Władz wojskowych tam, gdzie w inny sposób podwody znaleść trudno.

4) Obok kolumn sanitarnych ruchomych, organizowanych przez Krakowski Komitet Książęco-biskupi i Towarzystwo Czerwonego Krzyża, a zasługujących na jak największe poparcie, byłoby pożądane stworzenie takichże kolumn przez c. k. Władze sanitarne kosztem rządu.

5) Obok budowy szpitali stałych konieczne jest stworzenie ruchomych, należycie uposażonych szpitali barakowych w myśl ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Zarazem byłoby nadzwyczaj pożyteczne stworzenie w kilku odpowiednich punktach kraju rządowych składów rekwizytów i urządzeń szpitalnych (łóżek, pościeli, narzędzi i t. p.) celem szybkiego zaopatrywania szpitali prowizorycznych, stworzonych w ogniskach epidemii w odpowiednio zaadaptowanych, już istniejących budynkach publicznych lub prywatnych.

6) Celem ochrony dzieci od wpływów fizycznie i moralnie zwyradniających należałoby uruchomić jak najliczniejsze ochronki pod opieką Zgromadzeń zakonnych żeńskich, pracą tą się zajmujących, oraz tworzyć ochronki wszędzie, gdzie ich dotąd nie było.

7) Organa sanitarne powinnyby dołożyć wszelkich wysiłków dla przyspieszenia odbudowy zniszczonych mieszkań, a przynajmniej dla stworzenia mieszkań prowizorycznych, odpowiadających elementarnym wymogom higieny, jakoteż powinnyby wydatnie współdziałać w akcyi zaopatrzenia ludności w żywność, nietylko ilościowo dostateczną, lecz także odpowiednią co do jakości i wzajemnego stosunku jej składników (a to wobec stwierdzonych już przypadków chorób »głodowych«, powstających przez złą jakość lub nieodpowiedni skład żywności, chociaż ilość jej jest wystarczająca). W obu tych sprawach spoczywa na organach sanitarnych i władzach politycznych niezmiernie doniosłe zadanie zapobieżenia zwyrodnieniu ludności, już choćby z samego tylko względu na jakość przyszłego materyału żołnierskiego dla c. i k. armii.

8) Z tegoż względu, wobec nader silnie zwyradniającego wpływu kiły, która się w kraju zastraszająco szerzy, należałoby tę chorobę objąć przepisami ustawy o chorobach zakaźnych, do czego ustawa ta daje dostateczne środki.

Izby lekarskie galicyjskie podają do wiadomości kolegów następujące rozporządzenia c. k. Namiestnictwa galicyjskiego:

L. VII b. 131884 z 18. X. 1915. C. i k. Ministerstwo wojny reskryptem z 7. października 1915, L. 23555/Oddz. 14, poleciło z powodu specyalnego wypadku wszystkim komendom wojsko-

wym, ażeby zakazały zakładom sanitarnym stosowania surowicy przeciwtężcowej do szczepień ochronnych żołnierzy przed odejściem ich w pole, a to z tego powodu, że szczepienie takie, udzielając ochrony trwającej tylko w przybliżeniu 14 dni, równa się trwonieniu surowicy. Namiestnictwo poleca wskutek reskryptu Ministerstwa spraw wewnętrznych z 12. października 1915, L. 15104/S zawiadomić o tem lekarzy urzędowych, zarządy szpitali prywatnych i wszystkich w powiecie (mieście) osiadłych lekarzy z wezwaniem, by się ściśle do tego zastosowali.

L. VII. b. 142052 z 10. XI. 1915. C. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych w porozumieniu z c. i k. Ministerstwem wojny zabroniło reskryptem z 25. października b. r. L. 14829/S, by aptekarze i lekarze uprawnieni do utrzymywania aptek domowych aż do odwołania wydawali stronom prywatnym kwas pikrynowy (acidum picronitricum) w jakiejkolwiekbądź postaci lub przetworze, nawet na przepis lekarski. Recepty, w których przepisano kwas pikrynowy, mają być natychmiast przez aptekarza zwracane lekarzowi ordynującemu, w razie zaś, gdyby to nie było możliwe, stronie, z odwołaniem się na powyższe zarządzenie. Apteki publiczne mogą aż do odwołania wydawać kwas pikrynowy lub jego przetwory tylko publicznym zakładom leczniczym. O czem należy bezzwłocznie zawiadomić wszystkich w powiecie (mieście) osiadłych aptekarzy, tudzież lekarzy utrzymujących apteki domowe.

Z żałobnej karty.

Rok wojny przyniósł w szeregach lekarzy polskich liczne i bolesne straty. Nie o wszystkich doszła nas jeszcze wiadomość; prawdopodobnie jednak śmierć zabrała stosunkowo więcej ofiar z pośród lekarzy Polaków, niż z pośród lekarzy innych narodowości. Oprócz tych, którzy padli na polu walk, zginęło bowiem wielu z chorób zakaźnych, w Polsce, najsrożej dotkniętej wojną, najbardziej się też panoszących, najwięcej przeto wystawiających na niebezpieczeństwo naszych lekarzy, którzy trwali na posterunkach; wreszcie zgasł niejeden przedwcześnie, gdy na ustrój, podkopany już oddawna, zwalił się niepokój o los najbliższych i troska o przyszłość Ojczyzny, trawiąca dziś duszę każdego Polaka.

Poświęcając Zmarłym Kolegom kilka słów wspomnienia, zdajemy sobie sprawę z tego, że wspomnienia te nie będą ani tak dokładne, ani tak obszerne, jak na to Zmarli zasłużyli; tych kolegów, którzy byli działalności Ich bliższymi świadkami, prosimy o uzupełnienie wiadomości o Ich życiu i pracach.

Straty nie oszczędziły żadnego z ognisk naszego życia lekarskiego, żadnej z naszych stolic.

Najstarsza dzielnica, Wielkopolska, straciła w listopadzie b. r. jednego z najdzielniejszych pracowników społecznych i narodowych, Dr. Ksawerego Zakrzewskiego. Urodzony w r. 1876 w Wełnie pod Gnieznem, studyował medycynę w Lipsku, Berlinie i Paryżu. Oprócz pracy lekarskiej krzątał się w Poznaniu gorliwie i skutecznie na polu pracy publicznej; zasłużył się też bardzo w Towarzystwie Czytelni ludowych i w Towarzystwie »Sokół«, których był prezesem; był twórcą biblioteki imienia Kraszewskiego.

Śmierć Dr. Bronisława Zieminskiego w Warszawie była ciężką stratą dla nauki polskiej. Znakomity ten okulista polski urodził się w Płocku w r. 1860, nauki średnie przebył w Warszawie, uniwersyteckie w Dorpacie (1884), gdzie był asystentem kliniki prof. Raehlmana do r. 1885. W następnych dwu latach pracował w klinice Dr Gałęzowskiego w Paryżu, potem w Anglii, od r. 1888 w Warszawie w szpitalu na Pradze i w szpitalu Dzieciątka Jezus. W r. 1892 został ordynatorem warszawskiego Zakładu oftalmicznego im. ks. Lubomirskiego, a w r. 1908 wybrany został prezesem »Polskiego Towarzystwa okulistycznego«. Jako doskonały praktyk cieszył się wielkiem wzięciem w całym kraju, a wśród kolegów był w swoim dziale powagą; uznanie to zdobył sobie wytrwałą samodzielną pracą, której owocem było 37 rozpraw, a wreszcie wydany w r. 1909 »Zarys okulistyki«. Zmarł w maju r. b. w Warszawie[1].

W lipcu b. r. ubył z grona kolegów warszawskich Dr Augustyn Łogucki, należący do najpopularniejszych tamtejszych lekarzy. Przez bardzo szerokie koła społeczeństwa ceniony był zarówno jako lekarz (głównie w zakresie chorób dróg oddechowych), jak i jako szlachetny i uczynny człowiek. Urodzony w r. 1868, szkoły średnie przebył w Piotrkowie; wydział lekarski ukończył w Warszawie w r. 1887. Jego działalność naukowa wyrażała się głównie na posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego warszawskiego; przedstawiane tam spostrzeżenia zapisał »Pamiętnik« tego Towarzystwa i »Medycyna«.

Lwów stracił wybitnego chirurga, jednego z nielicznych u nas wychowańców starszych szkół francuskich, których dobre tradycye przedstawiał, profesora Dr Grzegorza Ziembickiego. Pracę praktyczną i piśmienniczą rozpoczynał w Paryżu, gdzie w r. 1876 ogłosił rozprawę »Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire« i skąd wyjeżdżał, odznaczony legią honorową, tak rzadko dla cudzoziemców dostępną. Odtąd, aż do ostatnich lat długiego żywota, spędzonego pracowicie na stanowisku prymaryusza oddziału chirurgicznego w krajowym szpitalu we Lwowie, ciągnie się liczny szereg śladów Jego działalności, głównie na posiedzeniach Towarzystwa lekarzy galicyjskich, później Towarzystwa lwowskiego i na Zjazdach chirurgicznych polskich. Są to nietylko mnogie ciekawe spostrzeżenia chirurgiczne, ale też wiele oryginalnych, niejednokrotnie bardzo pomysłowych sposobów postępowania lub ulepszeń; w Pamiętnikach Zjazdów chirurgicznych i w sprawozdaniach z lwowskich posiedzeń w »Przeglądzie lekarskim«, a później w »Lwowskim Tygodniku lekarskim« odzwierciedla się też głównie praca twórcza ś. p. Ziembickiego. Jako wykonawca pozostał ś. p. Ziembicki wiernym zwolennikiem mistrzów francuskich; sam zaś na swoim lwowskim oddziale, jednym z największych w Polsce, wychował zastęp uczniów, z których niejeden potem w chirurgii polskiej dobrze się zapisał. Po utworzeniu Wydziału lekarskiego we Lwowie został Ziembicki mianowany profesorem nadzwyczajnym, co pozwoliło mu rozwinąć działalność dydaktyczną w szerszym zakresie. Jako człowiek i kolega ujmował uczynnością, dobrocią, wytwornością obejścia; wśród chorych zaskarbiał sobie szeroko uznanie. Zmarł w czasie zajęcia Lwowa przez wojska rosyjskie.

[1] Gorące wspomnienie pośmiertne, pióra prof. Wicherkiewicza, znajduje się w krakowskiej »Nowej Reformie« z d. 21. VI. 1915.

Krakowska wszechnica pożegnała w roku wojny na zawsze dwóch swych profesorów nadzwyczajnych. Prof. Dr Karol Żuławski, ur. w Limanowej w 1845, promowany w r. 1870 w Krakowie na doktora medycyny, w Wiedniu 1872 na magistra położnictwa, od r. 1876 pracował w zakresie psychiatryi, zrazu jako sekundaryusz dawnego szpitala św. Ducha, potem jako zastępca (1880), a w końcu prymaryusz (1881—1915) szpitala św. Łazarza. Karol Żuławski przez długi szereg lat, zanim Kraków doczekał się osobnej katedry i kliniki psychiatrycznej, sam jeden, jako docent (od r. 1886), uczył tego przedmiotu. Życie nie słało ś. p. Żuławskiemu róż pod stopy; z ciężkiej pracy lekarza praktyka na prowincyi pociągnęło go zamiłowanie do pracy lekarza-psychiatry, cięższej bodaj jeszcze, jeżeli odbywa się w nieodpowiednich warunkach. A takie były jej warunki na oddziale psychiatrycznym krajowego szpitala w Krakowie, od początku wadliwym, wiecznie nadmiernie przepełnionym. Niezwykłe to było serce, które w tych warunkach nie zgorzkniało, które dawało ś. p. Żuławskiemu niezmąconą pogodę, dobre dla wszystkich słowo, które kierowało Jego ręką, pomocną każdej biedzie, — rzetelnie, a bez rozgłosu. Była to prosta, szlachetna dusza, dziwnie do »swoich« chorych przywiązująca się, dobry, szczery człowiek, dobry kolega. Publikował ś. p. Żuławski niewiele, przeważnie przed r. 1890; prace swe ogłaszał w »Przeglądzie lekarskim«.

Wielka pracowitość, sumienność posunięta niemal do pedanteryi, niezwykła erudycya, odznaczały prof. Dr Stanisława Ponikłę. Ur. 1854 r. w Nowym Sączu, przebył wszystkie szkoły i egzamina z odznaczeniem, doktoryzował się w Krakowie w r. 1877; od r. 1879—1881 był asystentem przy katedrach anatomii patologicznej i kliniki lekarskiej w Krakowie. Stamtąd przeszedł do rządowej służby sanitarnej, od r. 1882 na stanowisku lekarza powiatów krakowskiego i wielickiego, zdziałał tutaj wiele dla poprawy warunków zdrowotnych. Po ustąpieniu w r. 1893 Dr. Harajewicza objął kierownictwo krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Szpital ten zawdzięcza mu różne ulepszenia, o ile one w starych i nieodpowiednich budynkach wogóle przeprowadzić się dały, oraz budowę dezynfektora i pawilonu zakaźnego, zdobycze, jak na tamte czasy i stosunki, wielkie. Pracę piśmienniczą rozpoczął Ponikło jeszcze przed ukończeniem studyów (1876); publikował wiele, w »Przegladzie lekarskim«, w pismach angielskich i niemieckich, w czasach asystentury z zakresu chorób wewnętrznych, później z zakresu epidemiologii i higieny. Uzyskawszy »veniam legendi« (1881), z zamiłowaniem wykładał dział chorób zakaźnych jako docent, później jako profesor nadzwyczajny. Z początkiem r. 1908 przeszedłszy na emeryturę ze stanowiska dyrektora szpitala, zajął się studyami historyczno-lekarskiemi, jednakże ciągle postępujące przedwczesne wyczerpanie ustroju nie dozwoliło mu zebrać owocu tych studyów.

Z młodszego pokolenia, rokującego piękne nadzieje na polu naukowem, zmarł w r. z. w Krakowie Dr Stanisław Mostowski, asystent katedry chemii fizyologicznej; z grona asystentów Wszechnicy lwowskiej Dr Godzieliński, demonstrator przy katedrze medycyny sądowej, zginął na placu boju.

Liczne szczerby przyniósł rok ubiegły w gronie lekarzy, poświęcających się działalności praktycznej. Zmarł we Lwowie sędziwy Dr Longschamps, który poświęciwszy się służbie wojskowej, doszedł wysokiego stanowiska generała lekarza sztabowego, a zżyty ze Lwowem, tam też pozostał, jako emeryt; zmarli tamże wieloletni lekarz sądowy Dr Chomin, Dr Władysław Borzęcki, dalej psychiatra i neurolog, kierownik prywatnego sanatoryum Jan Swiątkowski, Gembarzewski, Koczyrkiewicz, Turnau, ceniony lekarz miejski Dr Emil Elektorowicz (ur. 1848 w Stanisławowie). Z lwowskich lekarzy, praktykujących za granicami kraju, zmarł Dr Kołaczkowski w Karlsbadzie.

Wśród lekarzy prowincyonalnych w Galicyi zabrakło kilku wybitnych i zasłużonych. W Tarnowie zmarł w październiku r. b. dyrektor szpitala powszechnego, Dr Włodzimierz Rogalski. Urodzony w r. 1871 we Lwowie, ukończył studya lekarskie w Wiedniu, poczem osiadłszy w Tarnowie, zasłynął wnet w mieście i okolicy jako dobry chirurg. W tym też głównie kierunku pracował w szpitalu, dla którego zdołał uzyskać gruntowną przebudowę i rozszerzenie, przemieniające ten zakład w jeden z najlepszych szpitali prowincyonalnych. Wśród ludności cieszył się wielkiem poważaniem i niezwykłą sympatyą[1]. Ofiarą zawodu, zaraziwszy się durem, padli Dr Ludwik Katyński, lekarz miejski, były burmistrz i obywatel honorowy w Bieczu (w 51 r. ż.), Dr Witold Bilwin w Olchowcu nad Dniestrem, Dr Hugo Lazarus w Krakowcu w jarosławskiem, na cholerę zginął Dr Michał Gilnrainer, lekarz miejski i okręgowy w Tłustem, gorliwy działacz patryotyczny.

Na innym bohaterskim posterunku zginęli dwaj przedstawiciele najmłodszego pokolenia, którzy w imię służby dla Ojczyzny pospieszyli w szeregi Legionów polskich. Dr Tadeusz Zuliński, wychowaniec wszechnicy lwowskiej, ledwo po doktoracie (1913) osiadł jako lekarz w Mikołajowie, gdy z wybuchem wojny zagrała w nim krew stryja, Romana, jednego z pięciu członków Rządu narodowego z r. 1863, straconego na stokach cytadeli warszawskiej; zginął z bronią w ręku, od rany szrapnelem. Od kuli zginął Tadeusz Talapka, krakowianin i wychowaniec Wszechnicy krakowskiej, który poszedł na pole walk tuż przed ostatnimi egzaminami lekarskimi, a pełnił ciężką pracę lekarza polowego.

Nie mamy dotąd wiadomości o zmarłych na prowincyi kolegach z Królestwa. Z Galicyi doszły nas zawiadomienia jeszcze o śmierci Dr. Romana Sopińskiego, który doszedłszy w służbie rządowej w Bośni stanowiska radcy rządu, osiadł był na emeryturze w Krakowie, o śmierci wieloletniego lekarza miejskiego w Cieszanowie, mg. ch. Aszera Rottera, Dr. Jana Stefanickiego ze Stanisławowa, Dr. Hugona Ehrlicha z Przemyśla.

Na innem, nie-lekarskiem polu, zdobył sobie imię ś. p. Dr Tadeusz Krygowski ze Lwowa. Badacz Wschodu, wybitny oryentalista, autor kilku prac z tego zakresu, władający językiem hebrajskim, asyryjskim, perskim i tureckim, był jedynym Polakiem, który współpracował w przekładzie koranu, wydanym przez Hirsemanna w Berlinie. Zgromadził cenne zbiory oryentalistyczne.

Wreszcie niech nie będzie tu pominięte nazwisko pracownika, który, choć nie lekarz, przejął się gorąco sprawą zdrowia społeczeństwa i znaczną część życia swego poświęcił krzewieniu idei wychowania fizycznego. Ś. p. Władysław Ryszard Kozłowski, zmarły w marcu r. b., w licznych swych osobnych publikacyach i w redagowanem przez siebie od r. 1906 czasopiśmie »Ruch«, oraz w mnogich artykułach w »Przeglądzie pedagogicznym«, był nieznużonym krzewicielem tej idei, której doniosłości dla każdego społeczeństwa, chcącego utrzymać swój byt, uczy teraz nauczyciel tak straszliwy i srogi, jak właśnie ten rok ostatni. C.

[1] Wspomnienie pośmiertne w krakowskiej »Nowej Reformie« z d. 26. X. 1915.

Odpowiedzialny redaktor: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LIV. Kraków, w Grudniu 1915. Nr 3

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT,

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

MACIEJ LEON JAKUBOWSKI. BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Ciężka żałoba okryła znowu Wszechnicę krakowską. Jakgdyby zawistnemu losowi niedość było jeszcze smutku i bolu, przeżywanego dziś przez Uniwersytet wraz z całem społeczeństwem, i jakby nie dość jeszcze było świeżych szczerb, wyrwanych w ostatnim roku w prastarej Szkole Jagiellońskiej, — kończy się ten rok znowu śmiercią dwóch profesorów Wydziału lekarskiego, z grona najzasłużeńszych, z pośród tych, którzy byli jego chlubą i filarami, którzy uosabiali najświetniejsze jego tradycye.

Ś. p. Maciej Leon Jakubowski, senior krakowskich profesorów medycyny, był już ostatnim z owego świetnego grona, które po przywróceniu w Krakowie polskiego języka wykładowego zażegło w Wydziale lekarskim jasny płomień rodzimej nauki, ożywczy dla całej medycyny polskiej; był już ostatnim z wychowańców, a godnych następców wielkiej szkoły klinicznej europejskiej z połowy ubiegłego stulecia.

Krakowianin, pochodził z rodziny, mającej piękną tradycyę lekarską, gdyż był wnukiem zasłużonego lekarza tych samych imion, a bratankiem Józefa, profesora U. J. i protomedyka Rzeczypospolitej krakowskiej. Urodzony 28. marca 1837, studyował medycynę w Krakowie, tu też uzyskał dyplom doktora medycyny w r. 1861, doktora chirurgii w r. 1862, a w Wiedniu dyplom magistra położnictwa w tymże roku. Następnie pracował w zakresie pedyatryi dwa lata w Wiedniu pod kierunkiem prof. Mayera, rok trzeci w Pradze i Paryżu pod kierunkiem prof. Loeschnera, Bartheza i Bouchuta. W r. 1864 habilitował się w Krakowie i odtąd nauczał tu pedyatryi przez 43 lata, a to do r. 1873, jako docent na stworzonej przez siebie poliklinice, następnie już jako profesor nadzwyczajny przez 3 lata w wykołatanej przez siebie klinice tymczasowej w szpitalu krajowym, od r. 1876 w stworzonym i kierowanym przez siebie honorowo prywatnym szpitalu św. Ludwika, od r. 1895 zaś jako profesor zwyczajny. Niewiele tych dat, wiele jednak w nich kryje się inicyatywy, energii i skutecznej pracy. Poświęciwszy wszystkie swe siły jednemu, ale szeroko pojmowanemu celowi, nie rozpraszając sił, stworzył ś. p. profesor Jakubowski rzecz wielką i trwałą, wszczepił na nasz grunt nową gałąź nauki lekarskiej, przedtem u nas niemal nieznaną i zasłużył wprost na miano ojca pedyatryi polskiej, a w społeczeństwo wszczepił wielką ideę opieki nad zdrowiem dzieci. Bo nietylko obdarzył rodzinne swe miasto jednym z pierwszych w Polsce, a długo pierwszorzędnym, szpitalem dziecięcym, zapobiegliwością swoją uzyskawszy od społeczeństwa środki na gmach, urządzenie i utrzymanie i powoławszy do życia Towarzystwo opiekuńcze (1872), ale też był twórcą pierwszej w Polsce kolonii letniej dziecięcej w Rabce, przeznaczonej dla dzieci zołzowatych, za którą dopiero poszło stworzenie innych kolonii leczniczych i wakacyjnych, a usilnie dążył do stworzenia stałego sanatoryum dla dziatwy, zagrożonej gruźlicą.

Nietylko liczne rzesze uczniów Wszechnicy krakowskiej zawdzięczały Mu znajomość pedyatryi, ale też w Jego klinice i Jego szpitalu, prowadzonych pod każdym względem wzorowo równym krokiem z postępem nauki, kształcili się prawie wszyscy najdzielniejsi polscy przedstawiciele tej gałęzi nauki; z Galicyi, czy z Królestwa, z Ukrainy, czy z Litwy, prawie wszyscy dłużej lub krócej pracowali pod Jego doskonałym kierunkiem. Obaj współcześni profesorowie pedyatryi na wszechnicach galicyjskich, jak i organizator dwóch najlepszych dziś w Polsce szpitali dziecięcych, a teraźniejszy rektor Wszechnicy warszawskiej, — Jego są uczniami. W każdej ważniejszej chwili rozwoju pedyatryi przodował w przyswojeniu nowych zdobyczy medycynie polskiej, z właściwą sobie konsekwencyą i systematycznością nieprzerwanie wzbogacając polskie piśmiennictwo pedyatryczne wynikami doświadczeń i badań własnych i swoich uczniów i corocznie zdając dokładnie sprawę z działalności kierowanych przez siebie zakładów, a w końcu sumując postęp całej pedyatryi w Polsce w XIX w., w którym tak znacznie »magna pars fuit«. W tym »Przeglądzie postępu pedyatryi« (Nowiny lekarskie 1905) i w »Kronice szpitala św. Ludwika«, wydanej po 30 latach działalności szpitala, znajduje się dokładna bibliografia mnogich prac ś. p. profesora Jakubowskiego i Jego uczniów.

Obok tego najgłówniejszego pola działania znajdował jednak jeszcze prof. Jakubowski czas na inne obowiązki społeczne, spełniając je zawsze i wszędzie nadzwyczaj sumiennie i dokładnie, czyto jako współzałożyciel Towarzystwa lekarskiego krakowskiego (1866) i gorliwy prac jego uczestnik, czy jako członek dawnego Towarzystwa naukowego krakowskiego, przekształconego potem w Akademię Umiejętności (i stąd jej członek nadzwyczajny), czy jako jeden z najdawniejszych współpracowników »Przeglądu lekarskiego«, czy w pracach około dobra miasta, czy jako pierwszy z rzędu prezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zaraz po utworzeniu Izb (1893). Wybór na pierwszego z rzędu prezydenta Izby należy tu szczególnie podkreślić; przy utworzeniu bowiem tej urzędowej korporacyi lekarskiej, obdarzonej władzą dyscyplinarną, pragnęły koła lekarskie mieć na jej czele najgodniejszego; oświadczyły się jednomyślnie odrazu za prof. Jakubowskim. Dowód, jak wysoko ceniono Jego stały,

prawy i jak kryształ czysty charakter, Jego jasny, a zawsze bezstronny sąd, Jego talent organizacyjny i Jego obowiązkowość, obok wysokiego taktu, rzetelnego koleżeństwa i głębokiej dobroci. Te zalety obok niecodziennych zasług zjednały też prof. Jakubowskiemu wiele jeszcze innych oznak uznania, wdzięczności i zaszczytnych stanowisk. W r. 1899 został wybrany dziekanem Wydziału lekarskiego, w r. 1901 rektorem Wszechnicy Jagiellońskiej, dwukrotnie (w r. 1873 i 1898) prezesem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; dwukrotnie odbiera publiczny hołd kolegów z całej Polski, Towarzystw*) i czasopism lekarskich polskich, uczniów, społeczeństwa (w r. 1890 po ćwierćwiekowej pracy nauczycielskiej, w r. 1908 przy jubileuszu doktoratu); miasto Kraków zalicza Go do szczupłego grona swych obywateli honorowych; imię Jego przekazuje potomnym medal, wybity na Jego cześć przez Wydział lekarski krakowski, portret i tablica, wmurowana w sali, gdzie wykładał. Rząd nadał Mu order żelaznej korony III klasy, mianował w r. 1895 profesorem zwyczajnym »ad personam«, a w r. 1907 radcą dworu.

Lekarzem praktycznym był znakomitym, a zarówno chora dziatwa, jak i jej rodzice, odczuwała w tym wielkim lekarzu wielkie, zacne i głęboko współczujące serce. Trzeba było widzieć, z jakiem niezwykłem zaufaniem, z jaką miłością szły za Nim biedne dziecięce oczy, gdy od łóżka do łóżka szedł w sali szpitalnej, z nieodstępnym pledem na ramionach, z charakterystyczną czapeczką na głowie, wyhaftowaną przez jakieś wdzięczne ręce,— gdy zdało się, jakby już sam ten dobry uśmiech, wypływający wtedy na twarz starca, łagodził bole i uśmierzał cierpienia; trzeba było widzieć, z jaką radością i wdzięcznością garnęły się maleństwa w Rabce do rąk swego »dziadzi«. Nierychło też zatrze się o Nim pamięć wśród ludności Krakowa, choć młodsze pokolenia znały go już tylko, jako dobrego ducha kolonii rabczańskiej.

W obejściu miał naturalną prostotę obok miłych form, któremi każdego ujmował, dodając do zalet towarzyskich w młodych swych latach piękny talent muzyczny. Do końca życia zachował bystry umysł, który w połączeniu z niepospolitym darem wykładu i istotnem władztwem słowa sprawiał, że jako profesor należał do najlepszych prelegentów.

Ustąpiwszy z katedry, mimo podeszłego wieku pracował jeszcze bez przerwy, póki Mu siły pozwalały, jako honorowy dyrektor szpitala i kurator kolonii rabczańskiej, a do samego końca życia nie przestawał troskać się o losy i otaczać opieką tych instytucyi.

Całym swym żywotem zapracował rzetelnie, by Go potomni brali za wzór.

Stanisław Ciechanowski.

*) Ś. p. Jakubowski był członkiem honorowym wielu Towarzystw lekarskich polskich, m. i. warszawskiego, krakowskiego i łódzkiego.

Przez zgon Bolesława Wicherkiewicza ponosi ciężką, niepowetowaną stratę nietylko polska oftalmologia, nietylko polski świat lekarski i nasza Wszechnica Jagiellońska, ale strata ta dotyka także szerokie koła naukowe i lekarskie z tej, a nawet z tamtej strony oceanu. Tak daleko sięgało znaczenie naukowe Zmarłego, sięgała powaga Jego nazwiska. Był jednym z tych niewielu, co swem imieniem przypominają nieustannie światu, że żyje i kwitnie w Polsce zapał do rzetelnej pracy naukowej i że z naszym dorobkiem na tem polu poważnie trzeba się liczyć.

Nietylko uczonego o europejskim pokroju, nietylko wybornego profesora i znakomitego lekarza straciliśmy w osobie ś. p. Wicherkiewicza. Społeczeństwo polskie utraciło w Nim obywatela filantropa, który na wszystkich polach pracy społecznej z podziwu godną energią i z niezmordowaną wytrwałością poświęcał się dobru publicznemu, szczodrą ręką wspierał polskie instytucye kulturalne i humanitarne, dla których w samych większych zapisach przekazał ostatnią swą wolą ponad 40,000 K.; był pierwszym, gdy chodziło o pobudzenie ofiarności publicznej dobrym przykładem, a z drugiej strony, — o czem mało komu wiadomo, — świadczył bardzo wiele zupełnie pocichu, unikając wszelkiego rozgłosu, spiesząc z hojną materyalną pomocą lub z moralnem poparciem wszędzie tam, gdzie widział rzeczywistą tego potrzebę. Od drugich wymagał usilnej pracy, ścisłości i gorliwości w wykonywaniu obowiązków, ale też Sam dawał wspaniały przykład niestrudzonej pracowitości i nigdy niegasnącej ochoty do czynu. A na każdym Swym czynie, na każdej Swej pracy, czyto w naukowej dziedzinie, czy w społecznej, umiał wyciskać piętno szczerego, gorącego patryotyzmu, w każdem Swem publicznem wystąpieniu, czyto w kraju, wśród swoich, czy za granicami kraju, wobec obcych, — dbał przedewszystkiem o najlepszą sławę i o honor imienia polskiego.

Trudno zaiste w szczupłych ramach tego wspomnienia odzwierciedlić całokształt tej wielostronnej działalności uczonego lekarza i obywatela patryoty, trudno dać choć w przybliżeniu obraz tej bogatej i bujnej natury. W krótkości zatem tylko postaram się przedstawić bieg życia zgasłego Profesora i rozejrzeć się w bogatej spuściźnie naukowej, jaką nam przekazał w długim szeregu Swych rozpraw i publikacyi.

Bolesław Wicherkiewicz urodził się 7 lipca 1847. w Kcyni w Księstwie Poznańskiem. Ojciec Jego był w tem miasteczku szanowanym i wziętym lekarzem. Po odbyciu nauk gimnazyalnych w Trzemesznie i w Poznaniu, poświęcił się Bolesław Wicherkiewicz, idąc w ślady ojca, studyom lekarskim. W zamiarze wstąpienia do służby lekarsko-wojskowej zapisał się zrazu do Akademii ces. Wilhelma w Berlinie, ale po dwu latach, ze względu na swe wątłe naówczas zdrowie, porzucił ten plan i przeniósł się na Wydział lekarski Uniwersytetu berlińskiego. Tymczasem przed ukończeniem studyów uniwersyteckich zaskoczył go wybuch wojny niemiecko-francuskiej (1870), w której wziął udział, jako lekarz-asystent, i uczestniczył w krwawych bitwach pod Mars la Tour, pod Saint-Privat, pod Le Bourget, oraz w oblężeniu Paryża. Po wojnie powrócił do Berlina i tam uzyskał doktorat medycyny w r. 1872. Z początku zamierzał wrócić do rodzinnego miasta i tam u boku ojca rozpocząć praktykę lekarską. Odwiodła go jednak od tego chęć poszukania dla siebie szerszej areny, a także zachęta ze strony profesora Langenbecka, który widząc u swego ucznia wielkie zdolności operatorskie, namawiał go do poświęcenia się chirurgii. Młody lekarz przeniósł się tedy do Wrocławia i pracował zrazu w tamtejszej poliklinice pedyatrycznej, jako asystent, pod kierunkiem Haesera. Później, pociągnięty świetnymi wykładami sławnego okulisty Foerstera, wstąpił jako wolontaryusz do wielkiego górnoślązkiego zakładu oftalmologicznego, gdzie wkrótce został asystentem. Na obu stanowiskach miał Wicherkiewicz sposobność przekonać swych szefów, że Langenbeck trafnie ocenił zalety, zapowiadające w nim na przyszłość świetnego operatora.

Z Wrocławia udał się Wicherkiewicz do Aleksandra Pagenstechera do Wiesbadenu i w jego szkole dalej się kształcił w okulistyce. Stamtąd z początkiem roku 1877 pojechał do Londynu, ażeby u takich mistrzów, jak Bowman, Critchett starszy, Solberg, Wells, Cooper, Bader i in. poznać właściwości angielskich metod operacyjnych. Po dwumiesięcznym pobycie w Anglii, przeniósł się do Paryża i tam studyował w klinikach Weckera, Panasa i Sichela. W podróży powrotnej zwiedził jeszcze zakłady okulistyczne w Heidelbergu, Lipsku i Halle.

Po odbyciu tak gruntownych i rozległych studyów osiadł wreszcie Wicherkiewicz w Poznaniu i założył tam prywatną lecznicę okulistyczną, a prócz tego bezpłatną klinikę oczną dla chorych ubogich. Klinika ta ze skromnych początków, gdy rozporządzała tylko dwoma łóżkami dla chorych stałych, rozrosła się z biegiem lat do 80 łóżek (w r. 1895), otrzymała wydatną subwencyę od zarządu prowincyi poznańskiej i uzyskała charakter krajowego zakładu leczniczego. Utrzymując w tym zakładzie stale trzech asystentów, wykształcił tam Wicherkiewicz cały szereg młodych okulistów, z których niejeden doszedł potem katedry uniwersyteckiej.

Mimo ogromnego obarczenia pracą w swej lecznicy i mimo rozległej praktyki prywatnej znajdował Wicherkiewicz dość czasu, aby nieustannie dążyć za postępem współczesnej oftalmologii i brać czynny udział w naukowych zjazdach, okulistycznych i powszechnych, krajowych i międzynarodowych.

W r. 1890 otrzymał od rządu pruskiego tytuł radcy sanitarnego, a w r. 1894 tytuł profesora, a więc odznaczenie, nader rzadko w Niemczech udzielane lekarzom, nienależącym do gron uniwersyteckich. Cieszył się również uznaniem i powagą w szerokich kołach swych współobywateli poznańskich. Został wybrany wiceprezesem Polskiego Towarzystwa przyjaciół nauk, oraz prezesem Wydziału lekarskiego tego Towarzystwa. On to był jednym z założycieli »Nowin lekarskich«, pierwszego i jedynego czasopisma lekarskiego polskiego w zaborze pruskim. Do końca 1895 r. stał na czele redakcyi »Nowin«. W tymto czasie otrzymał od Uniwersytetu Jagiellońskiego zaszczytne po-

wołanie na katedrę okulistyki, osieroconą przez śmierć prof. Rydla. Był to podówczas jedyny uniwersytet, na którym wykładano medycynę po polsku.

D. 1. maja r. 1896, w małej salce starej kliniki okulistycznej, natłoczonej słuchaczami, wygłosił Prof. Wicherkiewicz wykład wstępny na temat: »Oftalmologia na usługach nauk lekarskich«. Ciężka choroba w zimie 1896/7 przerwała wkrótce pracę, do której Wicherkiewicz na tym nowym posterunku zabrał się z młodzieńczym zapałem. Dopiero w marcu 1897 powrócił do Krakowa i objął ostatecznie kierownictwo kliniki i inne obowiązki uniwersyteckie.

Pierwszem zadaniem, jakie sobie jako dyrektor kliniki postawił, było wyjednanie u rządu budowy nowego, nowoczesnym wymaganiom odpowiadającego gmachu klinicznego, którego Jego znakomity poprzednik, prof. Rydel, niestety już nie doczekał. Niestrudzonym staraniom i zabiegom prof. Wicherkiewicza powiodło się zamiar ten w krótkim czasie urzeczywistnić, bo już w listopadzie 1898 r. została nowa, wzorowo urządzona i wyposażona klinika okulistyczna uroczyście otwarta i oddana do użytku.

W nowym tym, przez siebie stworzonym warsztacie pracy rozwinął Wicherkiewicz nadzwyczaj owocną i rozległą działalność nauczycielską, lekarską i naukową. Jako profesor ściągał na swe wykłady liczne zastępy słuchaczów, a zarazem dawał im wszelką sposobność ćwiczyć się praktycznie na bogatym materyale klinicznym w rozpoznawaniu i leczeniu chorób ocznych. Asystentów, elewów i licznych wolontaryuszów, którzy garnęli się do kliniki, umiał zachęcać do samodzielnej pracy, nie szczędząc żadnemu z nich pomocy, rad i wskazówek. Księgi kliniczne świadczą wymownie, jak olbrzymio rokrocznie wzrastała liczba chorych, leczonych i operowanych w klinice. Ściągała ich do Krakowa sława nazwiska Wicherkiewicza z najodleglejszych krańców ziem polskich.

Z początkiem 1899 r. zaczął Wicherkiewicz wydawać »Postęp okulistyczny«, pierwszy i jedyny polski miesięcznik, poświęcony wyłącznie oftalmologii, i zdołał skupić liczne grono stałych współpracowników ze wszystkich trzech zaborów. Zasługa to wielka wobec piśmiennictwa polskiego lekarskiego, tem większa, że tego rodzaju czasopismo specyalne, nie mogące liczyć na wielką liczbę odbiorców, wymagało od wydawcy a zarazem redaktora ciągłych wkładów i ofiar pieniężnych i nieustannej pracy. Mimo trudności i przeciwieństw wychodził »Postęp okulistyczny« regularnie przez lat piętnaście, t. j. aż do wybuchu obecnej wojny. Jako znamienny rys płodnego i hojnego umysłu Wicherkiewicza przypomnieć należy, że założywszy własny fachowy organ, w którym bardzo wiele swoich prac ogłaszał, nie przestał mimo tego z pewną szlachetną rozrzutnością zasilać innych polskich czasopism lekarskich, — w ich liczbie także »Przeglądu lekarskiego« licznymi artykułami swego pióra. Równocześnie ogłaszał w zagranicznej prasie bardzo wiele prac i rozpraw w językach niemieckim, francuskim i angielskim.

Trudno byłoby przytoczyć wszystkie publikacye zmarłego Profesora, ukazało się ich bowiem z górą dwieście. Muszę ograniczyć się zatem do podania najważniejszych tylko zdobyczy naukowych, jakie okulistyka zawdzięcza Wicherkiewiczowi.

Przedewszystkiem nadzwyczajną pomysłowość rozwijał Wicherkiewicz w wydoskonaleniu istniejących i tworzeniu nowych metod operacyjnych. Jednym z takich szczęśliwych pomysłów w zakresie techniki operacyi zaćmy był podany około r. 1892 sposób wypłukiwania z przedniej komory resztek kory soczewkowej. Korzyść tego udoskonalenia operacyi zaćmy polega w pierwszym rzędzie na tem, że bez niebezpiecznego miesienia i wygniatania, a tylko działaniem łagodnego strumienia fizyologicznego roztworu soli, usuwamy z łatwością z obrębu źrenicy pozostałości miękkiej kory. Przez to zapobiegamy zapalnemu podrażnieniu tęczówki i nie potrzebując czekać na samoistne, a powolne wessanie resztek soczewkowych, uzyskujemy rychlej optyczny skutek operacyi. — Metoda wypłukiwania ma oprócz tego nawet pewne znaczenie społeczne, umożliwia bowiem operowanie zaćmy niedojrzałej. Dzięki temu możemy operować chorych, u których na obu oczach rozwijają się zaćmy równocześnie i równomiernie i którzy na ich zupełne dojrzenie musieliby w przymusowej bezczynności czekać nieraz długie miesiące. Operacya wcześnie wykonana powraca tym chorym odrazu zdolność do pracy i możliwość zarobkowania, od czego niejednokrotnie zależy los ich rodzin.

Operacyjne leczenie wysokiej krótkowzroczności, które dopiero w ostatniem dziesięcioleciu tak wielkiego nabrało rozgłosu, choć teoretycznie już przed stu laty przez Beera było przewidziane, — zostało przez Wicherkiewicza po raz pierwszy w czyn wprowadzone w r. 1881, na lat sześć przed Fukałą, którego nazwisko łączą jednak stale i uparcie, choć niesłusznie, z pomysłem tej metody operacyjnej.

Z długiego szeregu innych operacyi ocznych, podanych przez Wicherkiewicza, wymienię tylko najważniejsze: Operacyę garbiaka rogówkowego (staphylotomia), dalej operacyę podwinięcia powiek i wrostu rzęs w przypadkach ciężkiej jaglicy, operacyę zmarszczki nakątnej (epicanthus), operacyę opadnięcia górnej powieki (ptosis). W ostatnich latach życia (1912) podał nową metodę sklerotomii (sclerotomia cruciata posterior superficialis), która jest wskazana w przypadkach jaskry prostej, jaskry ostrej krwotocznej i we wszystkich tych przypadkach jaskry zapalnej, gdzie inne, wykonane już zabiegi operacyjne nie odniosły skutku. Daje ona również korzystne wyniki w przypadkach jaskry następowej i w przypadkach wodoocza (hydrophthalmus).

Poza dziedziną techniki operacyjnej szczególnie wiele prac i publikacyi poświęcał Wicherkiewicz sprawie lecznictwa okulistycznego, które wzbogacił licznemi, szczęśliwie dobranemi kombinacyami leków, że tylko wspomnę o znanej dziś każdemu praktycznemu lekarzowi borotanninie i o leczeniu wrzodów rogówkowych zapomocą połączenia dioniny z pyoktaniną błękitną.

Nadto znajdujemy w pracach Wicherkiewicza całe mnóstwo spostrzeżeń klinicznych, zestawień statystycznych, wyświetlających czy to etyologię schorzeń ocznych, czy to ich związek z ogólnemi zaburzeniami ustroju, czy to skuteczność pewnych sposobów leczniczych. Dalej spotykamy opisy niewyodrębnionych jeszcze postaci chorobowych, zmian teratologicznych, wreszcie pomysły nowych przyrządów, służących do badania, lub narzędzi operacyjnych.

Ale płodny i ruchliwy umysł Wicherkiewicza nie zamykał się wyłącznie w kole tematów i zagadnień z dziedziny okulistyki. Znamy wszyscy jego barwne opisy wrażeń z wycieczek i dalekich podróży, zajmujące wspomnienia z międzynarodowych zjazdów i cały szereg ulotnych szkiców i artykułów okolicznościowych.

Nadzwyczaj żywy udział brał Wicherkiewicz w zjazdach lekarskich. W klinice swej przyjmował w r. 1900 i 1911, jako gospodarz sekcyi okulistycznej, uczestników X. i XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Jeździł na wszystkie międzynarodowe kongresy i reprezentował wobec zagranicy, — częstokroć oficyalnie, polski świat lekarski. Jako prezes stałego Komitetu polskiego dla zjazdów międzynarodowych czynił nadzwyczaj energiczne i usilne zabiegi, aby dla polskich uczonych wyjednać prawo odrębnego urzędowego przedstawicielstwa, aby polska grupa na zjazdach t. zw. międzynarodowych, a w rzeczywistości międzypaństwowych, nie gubiła się w reprezentacyach trzech państw zaborczych, lecz żeby występowała na arenie międzynarodowej jako samodzielna grupa narodowa. Wiadomo, że usiłowania te i zabiegi rozbijały się zawsze o nieprzejednane, a nieprzychylne nam stanowisko wszystkich jak dotąd komitetów generalnych Zjazdów międzynarodowych.

Bywał Wicherkiewicz na dorocznych zjazdach Towarzystwa okulistów niemieckich w Heidelbergu i Towarzystwa oftalmologów francuskich w Paryżu, będąc zagranicznym członkiem tych i wielu innych naukowych towarzystw.

Zasługi Wicherkiewicza już za życia z wielu stron spotykały się z należnem uznaniem. W roku 1906 otrzymał od rządu austryackiego tytuł radcy dworu. Długa jest lista tych towarzystw polskich i obcokrajowych, które go mianowały swym członkiem honorowym. Marzył o założeniu polskiego towarzystwa okulistycznego, któreby obejmowało wszystkie dzielnice polskie i odbywało doroczne zjazdy w stolicach poszczególnych zaborów. Sam ułożył szczegółowy projekt statutu dla takiego towarzystwa. Niestety do urzeczywistnienia tej pięknej myśli pomimo Jego starań nie doszło.

W krakowskich stowarzyszeniach lekarskich, w 20-letnim okresie swej profesury na Uniwersytecie Jagiellońskim, rozwijał Wicherkiewicz nader żywą działalność, i to zawsze na naczelnych stanowiskach. Od r. 1905—1908 piastował godność prezydenta Izby lekarskiej zachodnio galicyjskiej, od r. 1908—1912 był prezesem Krajowego Związku lekarzy galicyjskich. W obu tych instytucyach kierował sprawami zawodowemi stanu lekarskiego z taktem i energią, nie szczędząc czasu i trudu, gdy chodziło o dobro kolegów, lub o poprawę losu wdów i sierót po lekarzach. Od r. 1897., a więc przez lat osiemnaście był prezesem, a później został członkiem honorowym krakowskiego Towarzystwa ratunkowego. Na tym posterunku położył Zmarły szczególnie wielkie zasługi, gdyż instytucyę tę, która należy do najpotrzebniejszych i najpożyteczniejszych, a która mimo tego dziwnie mało spotyka uznania, a jeszcze mniej materyalnego poparcia, —

zdołał dzięki swym wpływom i przez swą mądrą a do realnych ofiar skłonną zapobiegliwość, popchnąć na drogę pomyślnego rozwoju. Ta skuteczna działalność w Towarzystwie ratunkowem daje ś. p. Wicherkiewiczowi prawo do wdzięcznej pamięci wśród najszerszych kół ludności Krakowa, korzystającej codziennie z nieocenionych usług Pogotowia.

Jeśli po wyliczeniu tylu różnorodnych kierunków prac dodamy, że ś. p. Wicherkiewicz prowadził równocześnie, jako prymaryusz, oddział oczny w szpitalu św. Łazarza, że musiał pełnić liczne obowiązki profesora uniwersytetu, dwukrotnie w r. 1900/01 i 1907/8 był dziekanem Wydziału lekarskiego, że był prezesem krakowskiego Towarzystwa lekarskiego (1910), że przez trzy lata (1899—1901) przewodniczył w wydziale Towarzystwa muzycznego, że poza tem wszystkiem prowadził własną prywatną lecznicę, gdzie Go rzesze chorych codziennie po kilka godzin trzymały w oblężeniu, — jeśli sobie przypomnimy, że mimo tego wszystkiego znajdował jeszcze czas i ochotę na rozległe stosunki towarzyskie, że przyjmował wiele u siebie, zawsze gościnnie i serdecznie, i bywał chętnie na zebraniach, na koncertach, odczytach, nie stronił od teatru, że i muzyce się oddawał i do późnych lat zdrowym sportem nie gardził: — jeśli to wszystko zważymy, — to przyznamy, że był to przecież człowiek o naturze zgoła niezwykłej, o wyjątkowo czynnem i ruchliwem usposobieniu, jakiego przykładów, przynajmniej z tej strony oceanu, niewiele się chyba spotyka.

Na krótko przed wybuchem obecnej wojny stanął Wicherkiewicz na czele »Samarytanina polskiego«, instytucyi, której znaczenie i użyteczność wystąpiły w całej pełni dopiero, gdy na polach bitew pociekła krew polska i gdy nasze szpitale zaroiły się od rannych i chorych polskich żołnierzy.

Po utworzeniu Naczelnego Komitetu Narodowego, wszedł Wicherkiewicz w jego skład, objąwszy naczelne kierownictwo departamentu sanitarnego. Do ostatniej niemal chwili, jak długo Mu tylko pozwalały jeszcze gasnące siły fizyczne, brał czynny udział w posiedzeniach i obradach Komitetu i pracował niezmordowanie nad organizacyą i udoskonaleniem służby sanitarnej i opieki szpitalnej dla rannych i chorych legionistów polskich. Na tym to posterunku, na którym z zapałem szczerego patryoty pełnił wojenną służbę lekarską, — śmierć Go zaskoczyła.

Nie było Mu danem dożyć świtu wolności, której tak gorąco pragnął dla ukochanej Ojczyzny.

Zmarł przedwcześnie! Młody duchem, ochoczy do pracy i zawsze pełen świeżego zapału, mógłby był jeszcze przez długie lata swoją twórczością zasilać polską literaturę lekarską. Dowodem tego liczne rękopisy i nieobrobione jeszcze materyały do prac oryginalnych, które przygotowywał, ale których wydać już nie zdążył. Pietyzm dla pamięci nieodżałowanego Mistrza nakaże Jego uczniom zająć się uporządkowaniem i opublikowaniem tej cennej spuścizny naukowej.

Sprężystą i energiczną Swą dłonią byłby mógł długo jeszcze kierować losami instytucyi humanitarnych i filantropijnych, które Mu zawdzięczają swój rozwój i żywotną siłę. Los zrządził inaczej! Ciężka choroba powaliła stalowy organizm Wicherkiewicza na łoże cierpienia. Otoczony Rodziną i przyjaciółmi zmarł w Wiedniu dnia 7. grudnia 1915. Pogrzeb odbył się dnia 13. grudnia w Krakowie, przy tłumnym udziale publiczności wszelkich sfer i stanów, ale bez przemówień i bez kwiatów. Taka była wyraźna wola Zmarłego. Dobitniej od najwymowniejszych słów, jakie mogłyby paść z pogrzebowej trybuny, świadczą i świadczyć będą o zasługach ś. p. Wicherkiewicza Jego czyny i owoce Jego niestrudzonej pracy. Wdzięczna o Nim pamięć nigdy wśród nas nie wygaśnie.

K. W. Majewski

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego (oddziału neurologiczno-psychiatrycznego c. i k. klinicznego szpitala fortecznego) w Krakowie.

Zaburzenia nerwowe i psychiczne, spostrzegane podczas mobilizacyi i w czasie wojny.

Podał

Prof. Dr Jan Piltz.

Odczyt na zebraniu lekarzy wojskowych w Krakowie dnia 24 października 1914.

W czasie wojny dużo ludzi objawia rozmaite zaburzenia nerwowe i psychiczne. Nic dziwnego! Zwiększone wymagania, jakie obecne czasy wojenne stawiają jednostce, nawał pracy, przyspieszenie tempa i zwiększenie jej intensywności, wzruszenia, doznawane z powodu często zmieniających się wiadomości z terenu wojny, — wszystko to wiedzie u ludzi, nie biorących bezpośredniego udziału w wojnie, do zaburzeń w układzie nerwowym, charakteryzujących się wzmożeniem wrażliwości, osłabieniem odporności, zaburzeniami trawienia i snu, drażliwością i depresyą. Jednostki takie często opuszczają się, stają się do systematycznej pracy niezdolne, żyją w ustawicznem wyczekiwaniu wiadomości z terenu wojny, skwapliwie czytają dzienniki — paląc przytem często nadmiernie — i albo przesadnie cieszą się dobremi albo przejmują się zbytnio złemi wiadomościami i stają się przygnębione lub wprost zrozpaczone.

Tego rodzaju stany nerwowe spostrzegamy obecnie w Krakowie na każdym kroku.

Z drugiej strony pragnąłbym zwrócić uwagę na okoliczność, że w czasie wojny charakter jednostek wyraźniej się zarysowuje, ponieważ wszystkie właściwości charakteru wyraźniej występują i każda jednostka mimowoli, że się tak wyrażę, puszcza swoją właściwą farbę. To też wojenne czasy są znakomitą próbą charakteru jednostek. Ludzi w obecnym czasie łatwiej i lepiej się poznaje.

Oczywiście różne natury oddziałują na wydarzenia wojenne w sposób odmienny. Kto nie zna z pośród nas t. zw. »pesymistów«, którzy, będąc częstokroć bardzo dzielnymi ludźmi, przechodzą obecnie pewien stan zdenerwowania i przygnębienia, ze wszystkiego są niezadowoleni i wszystko krytykują. Wszystko widzą oni w ciemnych kolorach; rozmowę prowadzą zwykle po cichu i w sposób poważny i tajemniczy stawiają tylko smutne horoskopy na przyszłość. U ludzi tych objawia się prawie zawsze pewien stan lękowy, jakkolwiek się do tego przyznać nie chcą. Odbierają oni słabszym i mniej zrównoważonym spokój i odwagę i paraliżują ich energię. Ich przygnębiony i poważny dastrój działa deprymująco i denerwująco. Ludzie ci przedewszystkiem i najchętniej wchłaniają w siebie wszystkie niepomyślne wiadomości, gdyż te najlepiej odpowiadają ich stanowi duszy, i sami często sobie z tego nie zdając sprawy, przyczyniają się do szerzenia najgorszych, nieraz najnieprawdopodobniejszych pogłosek, które wskutek ogólnego zdenerwowania łatwo już w sposób bezkrytyczny i w przeświadczeniu o ich prawdziwości przez podobne umysły dalej bywają rozszerzane, co wreszcie w pewnych chwilach wiedzie do paniki, ogarniającej większą liczbę ludzi, do zjawiska, zwanego popularnie »psychozą wojenną«.

Zupełnie inaczej zachowują się t. zw. »optymiści«. Ci

nawet w najgorszych chwilach zachowują pewną równowagę i pogodny nastrój, niektórych z nich nawet w najcięższych momentach humor i żart nie opuszcza. Na otoczenie swoje oddziałują kojąco i nieraz już po krótkiem obcowaniu z nimi czujemy się uspokojeni i podniesieni na duchu.

I pierwsi i drudzy wpływają na nasze usposobienie, ponieważ obecnie jesteśmy na ogół wrażliwi i łatwiej ulegamy suggestyi.

Spostrzeżenia moje przekonały mnie, że t. zw. »optymiści« przedstawiają w większości przypadków natury zdrowsze, niż t. zw. »pesymiści«. Większa część zdeklarowanych pesymistów, których obecnie miałem sposobność wielokrotnie obserwować pośród otoczenia, są to osoby neuropatyczne lub psychopatyczne, albo pochodzące z rodzin dziedzicznie obarczonych.

Po tych kilku luźnych ogólnych uwagach przechodzę teraz do szczegółowej części mego odczytu.

Nowożytna wojna, prowadzona na ziemi i pod ziemią, na wodzie i pod wodą, a wreszcie w powietrzu i przy zastosowaniu wszystkich możliwych zdobyczy technicznych najnowszych czasów, stawia siłom fizycznym i psychicznym jednostki, biorącej w wojnie bezpośredni udział, olbrzymie i niezwykłe wymagania. Wymagania te odnoszą się oczywiście w pierwszej linii do układu nerwowego — do nerwów i do charakteru.

Nie bez słuszności nazywa się też tę, już od 6 tygodni trwającą gigantyczną walkę we Francyi, — próbą nerwów. Spokój i równowaga duszy, odwaga, odporność i energia odgrywają tu najważniejszą rolę. Zdrowsze, silniejsze i odporniejsze nerwy przy mniej więcej równych siłach rozstrzygną też o zwycięztwie.

Słabe, mniej odporne lub chore nerwy i anormalne charaktery oddziałują na zwiększone wymagania wojny w sposób patologiczny, okaeując rozmaite zaburzenia nerwowe lub psychiczne.

Moje własne spostrzeżenia opierają się tymczasem na niewielkim materyale, jaki do kliniki przybył. Dlatego też nie mają one pretensyi do czegoś wyczerpującego i skończonego.

Dla łatwiejszej oryentacyi przedstawię i omówię najpierw przypadki chorobowe, spostrzegane w czasie mobilizacyi, a następnie te, które powstały już w czasie wojny, jakkolwiek zdaję sobie sprawę z tego, że ostrej granicy pomiędzy nimi niema.

Przypadki chorobowe, jakie przybyły do kliniki w czasie mobilizacyi, dzielą się na dwie kategorye. Do pierwszej należą przypadki, które z mobilizacyą nie stoją w związku. Są to przeważnie psychozy, które istniały już przed mobilizacyą. Dotyczą one spokojnych chorych, cierpiących na otępienie przedwczesne (dementia praecox), porażenie postępujące, zaburzenia rozwojowe (imbecillitas), psychopatyę konstytucyonalną i epileptycy. Otępienie przedwczesne (dementia praecox) jest zniedołężnieniem umysłu, występującem w wieku młodzieńczym. Nic dziwnego więc, że spostrzegamy je u ludzi w wieku popisowym. Choroba ta charakteryzuje się urojeniami, omamami (halucynacyami), nastrojem hypochondrycznym, depresyjnym lub maniakalnym, stanem osłupienia, apatyą, zaburzeniami woli, zachowania się i postępowania, a obok tego postępującem osłabieniem władz umysłowych. Obraz kliniczny tej choroby ulega często znacznym zmianom. Zdarzają się tu zwolnienia choroby, w których chorzy są spokojni i zoryentowani. Ponieważ w takim stanie chorobę rozpoznać trudno, powoływani bywają tacy chorzy do wojska. Tam dopiero po paru dniach, gdy z powodu swego dziwnego zachowania się wzbudzą podejrzenie co do choroby umysłowej, odsyła się ich na oddziały psychiatryczne dla zbadania ich stanu umysłowego.

Chory Z, którego przedstawiam, nie daje na pytania żadnej odpowiedzi (mutismus, negativismus), wykazuje t. zw. giętkość woskową (flexibilitas cerea): kończynom jego można nadać dowolne położenie, które chory długo utrzymuje, nawet wtedy, kiedy jest dla niego niewygodne.

Chory K. również nie odpowiada; czasem tylko powie coś, co nie stoi z zadanem pytaniem w bezpośrednim związku (Vorbeireden) i uśmiecha się często w sposób dla nas nieumotywowany.

Chory P. nie odpowiada na pytania, śmieje się, gwiżdże, na oddziale czasami w sposób negatywistyczny oddaje mocz w łóżku n. p. zaraz po przeprowadzeniu go do łóżka z klosetu, gdzie był przez $1/2$ godziny trzymany na muszli klozetowej i gdzie go do oddania moczu nakłaniano, a gdzie moczu nie oddał.

Wszyscy trzej są na ogół spokojni, co do miejsca i czasu zoryentowani i zachowaniem swojem mogą wzbudzać podejrzenie, że robią wszystko na przekór. Oczywiście nie są to symulanci.

Paralitycy też bywają nieraz spokojni i sprawiają na pierwszy rzut oka wrażenie ludzi zdrowych. Dlatego przy mobilizacyi dostają się do wojska. Dopiero dłuższa obserwacya i szczegółowe specyalne badanie wykrywa, że pomimo dobrego wyglądania istnieje u nich już daleko posunięte otępienie (dementia), a obok tego cały szereg objawów t. zw. cielesnych ze strony układu nerwowego, jak zaburzenia mowy, oddziaływania źrenic na światło, odruchów ścięgnistych, zborności (koordynacyi) ruchów (bezład), czynności pęcherza, czucia i t. d.

Jeden z naszych chorych, cierpiących na porażenie postępujące, oficer H., którego inteligencya pozornie dobrze jest zachowana, który pisuje listy, przyjmuje wizyty odwiedzających i rysuje — osmarowuje czasami siebie samego, łóżko lub okno kałem.

Chory W. przedstawia obraz wrodzonego niedołęstwa umysłu (imbecillitas) z napadami padaczkowymi. Jego nierozwinięta, pierwotna, prymitywna mowa wskazuje na powstrzymanie rozwoju psychicznego od dzieciństwa; jego słodki uśmiech, a drażliwe usposobienie są objawami padaczkowego zwyrodnienia jego charakteru. Chory ten miewa od czasu do czasu napady padaczkowe, po których występuje stan zamroczenia świadomości, w którym chory staje się niespokojny i gwałtowny.

Chory I. przedstawia przypadek psychopatyi konstytucyonalnej, czyli zwyrodnienia charakteru. Jestto człowiek od urodzenia niestały, wiecznie niezadowolony, drażliwy, złośliwy i impulsywny, nie posiadający żadnej wytrwałości, ani zdolności do panowania nad sobą, ani zdolności przystosowania się do danych warunków życia. Chory ten, skądinąd nie głupi, jest z powodu wrodzonego nienormalnego charakteru do służby wojskowej zupełnie niezdatny.

Do tej pierwszej kategoryi należą jeszcze ci chorzy, którzy zachorowali przypadkowo właśnie podczas mobilizacyi, ale których cierpienie również nie stoi z mobilizacyą w żadnym związku przyczynowym. Do takich chorych, których

jest stosunkowo mało, należą również przypadki otępienia przedwczesnego, porażenia postępującego i psychozy t. zw. maniakalno-depresyjnej, których choroba, o ile rzeczywiście nie istniała już przed mobilizacyą — a co z powodu braku wszelkich wywiadów niełatwo da się ustalić — byłaby zapewne rozwinęła się w tym właśnie czasie, gdyby mobilizacyi nie było. Czy w niektórych z tych przypadków mobilizacya nie odegrała roli pierwszej podniety do wystąpienia choroby, rozstrzygnąć niepodobna.

Druga kategorya obejmuje przypadki chorobowe, które niewątpliwie stoją w pewnym przyczynowym związku z mobilizacyą, w szczególności z niezwykłymi warunkami życia, jakie mobilizacya stwarza. Do tej kategoryi należy 5 przypadków obłędu opilczego (delirium tremens) i jeden przypadek innej alkoholowej psychozy. We wszystkich tych 6 przypadkach istniało oczywiście już przed mobilizacyą przewlekłe opilstwo. Tutaj jednak nagła zmiana warunków życia, niezwykle trudy, zaburzenia odżywiania i snu, nadużycie napojów wyskokowych lub zupełna nagła abstyuencya od nich, moralne wstrząśnienie z powodu nagłego opuszczenia zajęcia lub rodziny, zmęczenie długą jazdą kolejową i kilkodniowe nieraz oczekiwanie na podwórzach koszarowych w dręczącej niepewności, czy i dokąd zostaną przydzieleni, odegrały niewątpliwie rozstrzygającą rolę przyczyny, która chorobę wywołała. Wszyscy ci chorzy są już dzisiaj z owej ostrej psychozy wyleczeni i obecnie cierpią tylko jeszcze na t. zw. przewlekły alkoholizm, do którego wyleczenia potrzebaby było kilkomiesięcznego leczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym dla alkoholików (Trinkerheilstätte).

Teraz przechodzę do tych przypadków zaburzeń nerwowych i psychicznych, które powstały w czasie w o j n y.

I tutaj odróżniam dwie kategorye: 1) przypadki, które powstały poza linią bojową i 2) przypadki, które wystąpiły na polu bitwy.

W pierwszej grupie odróżniam jeszcze przypadki, które powstały znów niezależnie od działań wojennych, to znaczy takie choroby, któreby się były prawdopodobnie rozwinęły w tym czasie, nawet wtedy, gdyby ci ludzie wcale do wojska nie zostali wzięci,— od przypadków, które wywołane zostały przez warunki wojenne.

Chory M., który służył w charakterze sanitaryusza w jednym z tutejszych szpitali fortecznych, objawia od pewnego czasu stan maniakalnego podniecenia, mówi dużo, okazuje wzmożenie samopoczucia, jest niespokojny i nie sypia. Ponieważ chory ten w ciągu ostatnich kilku lat przechodził podobny stan już 3 razy, skłaniam się do przypuszczenia, że obecny jego stan chorobowy rozwinął się niezależnie od wojny. Jako sanitaryusz w szpitalu prowadził M. życie regularne i żadnym gwałtowniejszym wzruszeniom moralnym nie podlegał. Zresztą psychoza maniakalno-desyjna jest chorobą endogeniczną i występowanie poszczególnych okresów chorobowych na ogół nie zależy od wpływu zewnętrznych warunków.

Chory Mil., od urodzenia nieco ograniczony, zajęty od początku wojny jako robotnik przy fortach krakowskich. W ostatnich dniach występowały następujące objawy: ogólne osłabienie, drżenie ogólne i w okolicy serca, uderzenia krwi do głowy, zawroty głowy, bezsenność, niepokój wewnętrzny nieznaczne podniecenie psychoruchowe (obgryzał paznokcie, drapał się i szczypał sobie skórę), napady lęku, depresya, omamy (wydawało mu się, że słyszy głos córki, że widzi dom swój, że żona jego umarła). W ciągu trzech tygodni chory ten pod wpływem leżenia w łóżku (»Bettbehandlung«) i wodoleczenia przyszedł do siebie. — W tym przypadku wrodzonego niedołęztwa umysłu lekkiego stopnia z niedostateczną odpornością psychiczną wystąpiły t. zw. psychotyczne objawy pod wpływem tęsknoty za domem i rodziną (»Heimweh«), gdyż, jak sam chory podaje, odżywianie przy wojsku miał dobre, a praca nie była zbyt ciężka.

W związku z wojną zachorował na neurasteniczną depresyę chory U. Chory ten, liczący obecnie 42 lata, służył w swoim czasie jako sierżant przy dragonach. Obecnie, ponieważ nie był dość silny, przydzielono go do oddziału robotniczego, czem się ogromnie zmartwił. W dodatku nie otrzymywał w tym czasie żadnych wiadomości z domu. Podczas mszy polowej na Błoniach pod Krakowem, z powodu omyłki, popełnionej przez niego przy komenderowaniu, odebrał mu oficer komendę i poruczył ją młodszemu od niego. Ponieważ U. jest z natury człowiekiem sumiennym, wrażliwym i ambitnym, ogromnie się tem przejął i zaczął od tej chwili odczuwać tęsknotę za domem i za rodziną. Stał się smutnym, płaczliwym i przestał sypiać, aż wreszcie z powodu drżenia i ogólnego osłabienia stał się niezdolnym do pracy. W tym przypadku przyjmuję, że nerwica urazowa w postaci neurastenicznej depresyi powstała pod wpływem doznanego w służbie wojskowej urazu psychicznego i wzruszeń moralnych. Stan tego chorego bardzo powoli się poprawia.

Do kategoryi przypadków zaburzeń nerwowych i psychicznych, powstałych na polu bitwy, należą: 1 przypadek otępienia przedwczesnego, 3 porażenia postępującego, 2 padaczki, 3 psychozy maniakalno-depresyjnej, 4 neurastenii i 9 przypadków psychozy z zamroczeniem świadomości.

Czy w przypadku otępienia przedwczesnego (chory L.) bitwa była czynnikiem wywołującym psychozę, nie da się ani potwierdzić ani zaprzeczyć. Muszę tu tylko podnieść, że starszy brat chorego cierpi już od dłuższego czasu na tę samą chorobę i że psychoza u L. przedstawia zwykły obraz otępienia przedwczesnego, a niema żadnych szczególnych oznak, któreby wskazywały na związek z wydarzeniami przebytemi w bitwie.

To samo można powiedzieć i o przypadkach porażenia postępującego.

Co do 2 przypadków padaczki, należy podnieść, co następuje. Chory G. cierpiał już od szeregu lat na padaczkowe stany zamroczenia, powtarzające się co parę miesięcy. Czy w tym przypadku wydarzenia na polu bitwy — przy powstaniu obecnego stanu zamroczenia, który trwał około 10 dni, odegrały jaką rolę, nie da się orzec. Obraz kliniczny obecnego stanu zamroczenia był podobny do poprzednio przebytych, o czem chory wie oczywiście tylko z opowiadań otoczenia.

Drugi przypadek padaczki dotyczy chorego Sch., który w dzieciństwie przez parę lat miewał napady drgawek z utratą przytomności. Po wieloletniej przerwie dostał chory pierwszego napadu w okopach; po tym napadzie wystąpił stan zamroczenia ponapadowego, który trwał przez kilka dni. O tym przypadku można, mojem zdaniem, powiedzieć, co następuje. Ponieważ Sch. w dzieciństwie cierpiał jedynie na napady drgawkowe, a w bitwie dostał napadu drgawek, po którym wystąpił stan ponapadowego zamroczenia, można przyjąć, że nadzwyczajne wysiłki i wzruszenia wojenne chorobę pogorszyły. Jestto jednak tylko dowolne przypuszczenie, gdyż z doświadczenia wiemy, że podobny przebieg padaczki zdarza się i w zwykłych warunkach, i odwrotnie, to znaczy, że pomimo wielkich wysiłków i wzruszeń moralnych napady padaczkowe nie pojawiają się.

Tylko w przypadku paranoidalnej formy psychozy maniakalno-depresyjnej u oficera F., może stoi choroba

z wydarzeniami i działaniami wojennemi na polu bitwy w pewnym związku przyczynowym, ponieważ treść urojeń tego chorego zaczerpnięta jest z wojny. W czasie odwrotu uroił sobie F., że dla zbawienia ojczyzny musi wypełnić ważną misyę, a mianowicie w przebraniu rosyjskiego oficera przedostać się przez szeregi nieprzyjacielskie do Petersburga, dotrzeć do cara i zamordować go przez przegryzienie mu gardła. W klinice miał F obok urojeń wielkości i urojenia prześladowcze. Wydawało mu się, że go chcą zdradzić, otruć i zamordować. Miał oprócz tego omamy słuchowe i napady lęku, a chwilami, co i teraz jeszcze się zdarza, był bardzo niespokojny. Ale nawet i w tym przypadku, pomimo swoistego zabarwienia urojeń, nie można całkiem stanowczo twierdzić, że wydarzenia na polu bitwy odegrały rozstrzygającą rolę i wywołały psychozę a to tem mniej, że chory ten przed kilku laty już był raz podobnie chory, a matka i siostra jego również cierpią na psychozę okresową [1]).

Chorzy M. i H. także już przed wojną cierpieli na okresowe stany depresyi. M. po przybyciu do kliniki niebawem wyzdrowiał, a w kilka tygodni, jeszcze podczas pobytu w klinice, dostał ponownego, niedługo trwającego stanu depresyi.

Wreszcie przechodzimy teraz do zaburzeń nerwowych i psychicznych, które niewątpliwie powstały w związku z bitwą. Są to przypadki neurastenii i stany ostrego zamroczenia świadomości, spostrzegane przeważnie u oficerów.

U chorego K., który był komendantem bateryi karabinów maszynowych, wystąpiły na pierwszy plan zaburzenia nerwowe ze strony akcyi serca. U chorego O., kapitana, wystąpiły po 24-godzinnym forsownym marszu, a następnie po bitwie, która toczyła się w lesie, zdaniem chorego wskutek nadzwyczajnego napięcia uwagi, objawy ogólnego wyczerpania, wzmożenie wrażliwości wzroku, bezsenność i zaburzenia jelitowe. Trzeci przypadek dotyczy bardzo dzielnego profesora politechniki, który pełniąc obowiązki oficera prowiantowego, zapadł na ostry stan neurastenii z depresyą i zupełną niezdolnością do pracy umysłowej.

Wszyscy ci trzej chorzy należeli do grupy wojsk która zmuszona była pospiesznie się cofać i wszyscy wskutek tego musieli wykonać wprost nadludzkie wysiłki, znosić wszelkie niedostatki i przeszli nadzwyczajnie bolesne wzruszenia moralne. Wszyscy trzej w stosunkowo krótkim czasie wyzdrowieli i powrócili do służby.

Do tej samej kategoryi należy 9 przypadków zamroczenia świadomości. Zasadnicze objawy tego stanu chorobowego, które we wszystkich tych przypadkach się powtarzały, były następujące: wzmożenie w wysokim stopniu wrażliwości zmysłów ze złudzeniami (iluzyami) i omamami, w szczególności wybitna przeczulica skóry nawet przy najlżejszem dotykaniu, wewnętrzny niepokój, podniecenie psychoruchowe, drażliwość, zamroczenie świadomości, zaburzenia oryentacyi co do miejsca i czasu, zapoznawanie otoczenia, depresya, lęk, bezsenność, wzmożenie odruchów ścięgnistych, przyspieszenie czynności i ogólne osłabienie.

Do zespołu objawów wyżej wymienionych w 5 przypadkach dołączyły się jeszcze zaburzenia czynnościowe, a mianowicie: astazya i abazya, porażenie poprzeczne (paraplegia), porażenie połowicze (hemiplegia), głuchoniemota (surdomutitas) i bezgłos (aphonia).

---

[1]) W styczniu 1915 r. otrzymałem od matki chorego list, z którego wynikało, że F. zupełnie wyzdrowiał.

Jeden z tych chorych w stanie takiego zamroczenia świadomości wśród ognia granatów i szrapneli, krzycząc i śmiejąc się, wskoczył na kupę drzewa, naśladował świst i huk szrapneli i granatów, zupełnie nie zdając sobie sprawy z niebezpieczeństwa, jakie mu groziło. Drugi — wyjechał konno przed swoją własną linię tyralierską. Trzeci — zaczął nagle krzyczeć »hurra, hurra«, wywołując tem popłoch i zamieszanie w szeregach własnych.

Czwarty — w czasie zamroczenia, jakie stwierdzić u niego mogliśmy jeszcze i w klinice, widział w sali chorych Rosyan, kozaka, spadającego z konia — przyczem uśmiechał się, — widział zbliżającą się nieprzyjacielską artyleryę i w stanie lękowym, jaki tym omamom towarzyszył, wyskakiwał z łóżka, rzucał się na podłogę i krył się przed nieprzyjacielem za łóżko lub krzesło, wykonując rękami ruchy, jakby w nich trzymał karabin; to znów wydawało mu się, że widzi dom swój i rodzinę, przyczem zaczynał rzewnie płakać. Podobne omamy i stany lękowe udawało się u tego chorego wywoływać zapomocą poddawania. Również nagłe stuknięcie, n. p. wskutek zamknięcia drzwi na sali, wywoływało stan lęku ze złudzeniami i omamami.—Inny chory, Węgier, słuchacz medycyny, słysząc huk dział, jaki wówczas dochodził do kliniki z pod Krakowa, wpadał w stan okropnego niepokoju, trząsł się na całem ciele, i widział przed sobą Rosyan, rzucających się na jego profesora, z którym razem walczył w polu.

Po ustąpieniu tych ostrych stanów podniecenia z zamroczeniem świadomości obserwowałem prawie u wszystkich tych chorych 2—3-tygodniowy okres zdrowienia z depresyą, skłonnością do płaczu, stanem lękowym, bezsennością, wzmożoną pobudliwością, wzmożoną dermografią i przyspieszeniem tętna. W jednym przypadku utrzymywały się przez pewien czas jeszcze lekkie zaburzenia zapamiętywania wrażeń i niemożność należytego skupienia uwagi. Zresztą wszyscy ci chorzy w okresie zdrowienia byli na ogół spokojni przytomni i zoryentowani.

Prawie we wszystkich tych przypadkach przyczyną bezpośrednią, która stan chorobowy wywołała, był uraz psychiczny, a częściowo i wstrząs fizyczny, doznany z powodu wybuchu w najbliższem sąsiedztwie pocisku, uderzenia powietrza lub zasypania ziemią, bez widocznego uszkodzenia cielesnego.

Ostry stan psychozy trwał w wyżej opisanych przypadkach od 2 do 10 dni. Po przyjściu do przytomności istniała u tych chorych albo zupełna niepamięć tego, co się w czasie tej ostrej psychozy działo z nimi i obok nich, albo niepamięć częściowa (amnesia partialis). Chorzy ci najczęściej nie wiedzieli nic, co się z nimi stało od chwili, w której stracili świadomość, nie pamiętali, w jaki sposób dostali się do szpitala, lub przypominali sobie tylko niektóre szczegóły z podróży i z pobytu w szpitalu polowym, n. p., że wóz, na którym jechali, bardzo trząsł, że w szpitalu polowym podawała im pielęgniarka herbatę i t. p.

Po uspokojeniu się, w okresie zdrowienia, udawało się niektórym z tych chorych stopniowo przypomnieć sobie niektóre wydarzenia, których początkowo zupełnie nie pamiętali.

Częściowe porażenia czynnościowe, które w przypadkach tych spostrzegałem w postaci astazyi i abazyi, porażenia połowiczego, porażenia poprzecznego, głuchoniemoty i bezgłosu, ustępowały zazwyczaj powoli, dopiero w okresie zdrowienia. Tylko w jednym przypadku głuchoniemoty powróciła mowa nagle, przyczem chory objawiał pewne pod-

niecenie i płakał z radości Bezgłos w innym przypadku utrzymywał się uporczywie i trwa do dziś dnia jeszcze.

Szczegółowa analiza wywiadów i dokładne badanie układu nerwowego w tych przypadkach, w szczególności usposobienia i charakteru, wykazały, że w 7 przypadkach (na 9) chorzy byli od urodzenia neuropatyczni lub psychopatyczni, z jednej strony dziedzicznie obciążeni, a z drugiej już przed wojną okazujący nieraz objawy neuropatyczne lub psychopatyczne. Dlatego też przyjąć można, że ciężkie ostre psychozy z podnieceniem i zamroczeniem świadomości były jakgdyby odczynem ich psychopatycznej i neuropatycznej konstytucyi na zupełnie niezwykłe i gwałtowne podniety, które na nich w czasie bitwy zadziałały.

Co do występowania pewnych poszczególnych objawów, co do tego mianowicie, dlaczego w jednym wystąpił taki objaw, a nie inny, pragnąłbym podnieść fakt, na który warto zwrócić uwagę, że chory, który dostał porażenia połowiczego, cierpiał kiedyś dawniej na nogi, chory, który dostał bezgłosu, dawniej cierpiał na chrypkę, — ten, który dostał głuchoniemoty, — jak to wspólnie z kand. med. Eugeniuszem Artwińskim ustaliliśmy — w swoim czasie przechodził jakieś cierpienie uszów [1]), a ten, który w psychozie naśladował świst granatów i szrapneli, był w dzieciństwie znanym w gronie kolegów naśladowcą zwierząt i t. p.

Kończąc, ujmuję wynik moich tymczasowych spostrzeżeń w następujących zdaniach:

1. Oprócz zwykłych zaburzeń nerwowych i psychicznych, spostrzeganych w czasach zwykłych pokojowych, występują w czasie wojny, w szczególności podczas bitwy, ciężkie patologiczne stany psychiczne.

2. Stany te przypominają w ogólnych zarysach stany histerycznego zamroczenia, spostrzegane w czasach pokojowych. Natężenie ich jednak i pewne cechy, zależne oczywiście od niezwykłych warunków nowożytnej wojny, jak n. p. nadzwyczajne wzmożenie pobudliwości i wrażliwości zmysłów i in., nadają im pewien nieco odmienny charakter.

3. Z tych spostrzeżeń wyniosłem wrażenie, że stany te zdarzają się w czasie wojny względnie częściej, niż w czasie pokojowym, gdzie rzadko ludzie na tak niezwykłe i silne podniety przy poprzedniem wyczerpaniu całego ustroju bywają narażeni [2]).

4. Ciężkie stany podniecenia z zamroczeniem świadomości występują prawie wyłącznie u osób neuropatycznych lub psychopatycznych i dziedzicznie obarczonych, a więc u t. zw. osób usposobionych.

Jednakże zaznaczyć tu muszę, że w niewielu przypadkach podobne stany spostrzegałem również i u osób, u których ani cech histerycznych, ani padaczkowych wykryć mi się nie powiodło.

5. Wyżej opisane stany patologiczne są przemijające.

6. Wreszcie jest rzeczą jasną, że tego rodzaju ludzi, u których w razie ponownego zadziałania podobnych podniet może nastąpić nawrót choroby, w każdym razie nie należy po przyjściu do zdrowia kwalifikować jako zdolnych do służby na froncie, ponieważ tacy ludzie w stanie chorobowym mogą wywołać łatwo w szeregach niepokój i zamieszanie. Natężenie sprawy chorobowej i stopień konstytucyi neuropatycznej i psychopatycznej i dziedzicznego obarczenia występują w tych przypadkach w rozmaitej kombinacyi. Dlatego też każdy taki przypadek z punktu widzenia zdolności do służby powinien być oceniany zupełnie indywidualnie.

[1]) O tem ogłosimy wkrótce obszerniejszą wzmiankę.

[2]) Sprawa ta mogłaby być rozstrzygnięta jedynie na podstawie dokładnej statystyki.

Doświadczenia z chirurgii wojennej 1914/15.

Podał

Doc. Dr Z. Radliński (Kraków).

Chirurgia naczyń krwionośnych.

Uszkodzenia postrzałowe wielkich naczyń krwionośnych i pni nerwowych nadają ranom części miękkich zawsze cechy szczególnie poważne. O tem, czy współczesna kula karabinowa, tępa czy zaostrzona, ma skłonność do odsuwania ze swej drogi tworów zbitszych, jakiemi są naczynia i nerwy, sądzić trudno, pomimo, że wielokrotnie tę przypuszczalną własność kul, zwłaszcza tępo zakończonych, podnoszono. Jeżelibyśmy o tem chcieli sądzić z linii, łączącej wlot i wylot postrzału, a przecinającej przebieg danego naczynia lub nerwu, możemy łatwo dojść do wniosków mylnych, ponieważ rana mogła być zadana w takiem położeniu kończyny, gdy skrzyżowanie się tych linii nie istnieje. Osobiście spostrzegałem jeden tylko przypadek, gdzie kula prześliznęła się między składnikami pęczka naczyniowo-nerwowego pod pachą, nie przerywając żadnego z nich, a tylko pozostawiając niedowład nerwu promieniowego. Szczegółowe badanie przy operacyi w 3 miesiące po zranieniu wykazało na przestrzeni około $1/2$ ctm. ścieńczenie tego nerwu, jakby zanik, jednak bez wyraźnej zmiany bliznowatej na otoczce nerwu. Przypuszczać należy, że zmiana ta powstała przez wylew krwawy wewnątrzotoczkowy, wywołany stłuczeniem, który uległ później wessaniu, a pozostawił zanik uciśniętego odcinka nerwu.

W przeważnej większości przypadków, tam gdzie linia przebiegu kuli krzyżowała się z przebiegiem naczynia lub nerwu, istniało ich uszkodzenie z naruszeniem całości, niekiedy bez zupełnego przerwania, a tylko w postaci szczelinowatego otworu, lub bocznego ubytku. Krzyżowanie się linii postrzału z naczyniem bywało, poza innymi objawami, szczegółem pomocniczym w rozpoznawaniu uszkodzeń zwłaszcza niezbyt wielkich, a głęboko położonych naczyń (a. profunda femoris, a. tibialis postica), których uszkodzenie samo przez się daje objawy niezbyt wyraźne.

Na ogół na podstawie moich spostrzeżeń skłaniam się do zdania, że kule karabinowe współczesne nie mają skłonności do usuwania ze swej drogi nerwów i naczyń, przeciwnie, że ranią je łatwo, co zresztą dobrze się godzi z faktem olbrzymiego rozpędu kuli.

Obraz kliniczny uszkodzenia pni naczyniowych bywa rozmaity u rannych, którzy się dostali do szpitala dalej poza frontem, a więc przebyli już bezpośrednie niebezpieczeństwo krwotoku. Zranienia dużych tętnic, jak tętnica szyjna, podobojczykowa, udowa, podkolanowa, dają obraz

dużego tętniącego krwiaka, który stopniowo przybiera cechy tętniaka rzekomego (aneurysma spurium). Rany tętnic mniejszych oraz dużych żył wywołują duży krwiak, który jednak nie tętni. Tętnienia może brakować także przy ranach wielkich tętnic, jeżeli otwór w tętnicy jest niewielki, tak, iż z obecności nie tętniącego krwiaka w sąsiedztwie wielkiej tętnicy nie można rozpoznawać, że zraniona jest tylko towarzysząca jej żyła.

Charakterystyczny jest szmer rytmiczny w obrębie krwiaka, powstałego wskutek rany w wielkiej tętnicy. Szmeru tego brakuje tylko wtedy, jeżeli otwór w tętnicy jest mały. Szmer doskonale można słyszeć słuchawką lub wprost przyłożonem uchem, a oprócz tego wyczuć można ręką w tem samem miejscu jakby delikatne drżenie od tarcia wirującej krwi.

Bardzo często tętno w gałęziach, położonych poniżej zranienia, słabnie lub znika, a w każdym razie staje się nierównem tętnu strony zdrowej. Objaw ten jest przy ranach tętnic wprawdzie częsty, ale nie stały. Tętno może bowiem być słabsze wskutek ucisku tętnicy przez krwiak wyłącznie żylny na poziomie rany, z drugiej zaś strony możliwy jest, zwłaszcza w późniejszych okresach tętniaka rzekomego, powrót tętna prawidłowego.

Ważnym objawem jest bardzo znaczny ból, silny zwłaszcza w okresie narastania krwiaka. Niekiedy nawet bez powikłania sprawy zapaleniem ropnem podnosi się znacznie ciepłota, zwłaszcza w pierwszych tygodniach po zranieniu. Wzniesienia ciepłoty (do 39° C) i bóle w głębi rany, łącznie z wyczuwanem w głębi jakby chełbotaniem (skrzepy!), wiodą czasem do mylnego rozpoznania głębokiego ropnia i niejednokrotnie już bywały przyczyną przykrych niespodzianek przy operacyi. Zamiast ropy w ranie ukazują się najpierw skrzepy, a po ich usunięciu — krwotok. Mnie samemu zdarzyła się raz podobna omyłka przy zranieniu tętnicy piszczelowej tylnej (a. tibialis post.) w obrębie łydki. Wiem o podobnych błędach w zakresie tętnicy udowej, pachowej. Im tętnica jest większa, tem o błąd trudniej, ale też i poważniejsze mogą być skutki błędu.

Bardzo groźnem powikłaniem ran naczyń krwionośnych jest zapalenie ropne. Na szczęście zdarza się ono dość rzadko. Wtedy staje się koniecznością szerokie otwarcie jamy zropiałego krwiaka i podwiązanie naczynia zranionego. Często naczynie przy operacyi nie krwawi, zatkane skrzepem, dopiero później, po rozpadzie ropnym skrzepu występuje krwotok wtórny. W tych razach wyszukanie i podwiązanie naczynia jest postępowaniem najwłaściwszem, może ono jednak sprawiać poważne trudności techniczne. Wolno tu zamiast podwiązki pozostawić w ranie kleszczyki Péana, które muszą pozostać na miejscu, zależnie od wielkości naczynia, 6—8 dni. Przy łóżku chorych, gdzie choćby trochę możemy się obawiać wtórnego krwotoku, powinna się znajdować opaska gumowa, a dozorcy, zwłaszcza nocni, powinni być uprzedzeni o możliwości krwotoku i nauczeni zakładania opaski. Krwotok wtórny dziwnie często występuje w nocy bez żadnych objawów zwiastujących, oraz bez poprzedzających silniejszych ruchów (oddawanie stolca). Sam chory najczęściej poza ciepłem, rozlewającem się po skórze od uchodzącej krwi, oraz pewnym stanem błogości, — nie odczuwa przytem nic. Czasem dopiero szmer kapiącej lub lejącej się z posłania na podłogę krwi zwraca uwagę chorego i jego otoczenia.

Krwotoki wtórne zdarzają się, jak wiadomo, nietylko po bezpośrednich zranieniach naczyń. Chirurgia wojenna częściej od pokojowej spotyka się z nimi. Zjawiają się one w razie rozpadu ściany naczynia krwionośnego w ranie zakażonej, albo gdy odłamek kostny lub źle założony sączek gumowy w ścianie tej wywołują odleżynę z przebiciem.

Oprócz tylko co wspomnianego ropnego zakażenia krwiaka może powstać wskazanie do otwarcia go wtedy, gdy zaczyna się on szybko powiększać. Powiększanie się takie sprawia nieznośny ból, a prócz tego może wywołać krwotok na zewnątrz bądź przez otwartą na nowo ranę postrzałową, poprzednio już zagojoną, bądź też przez zgorzel skóry ponad krwiakiem wskutek ucisku. Samo powiększanie się krwiaka stanowi poza tem niebezpieczeństwo dla części kończyny, położonej poniżej, ponieważ wywołać może zaciśnięcie naczyń i zgorzel. Otwierając w takich razach krwiak, mamy do wyboru albo podwiązanie naczynia zranionego, albo też szew naczynia. Najczęściej wypada podwiązać, ponieważ duża, skrzepami wypełniona jama rany nie może być zupełnie zaszyta, a więc nie daje dobrych warunków doraźnego gojenia się szwu naczyniowego i jego otoczenia. Jeszcze raczej możliwy tu jest szew boczny, o ile rana w tętnicy zajmuje tylko część ściany, a po jej zaszyciu kanał naczynia, acz zwężony, utrzymuje się. Szew okrężny uważam w tych przypadkach za niebezpieczny ze względu na wtórny krwotok. To niebezpieczeństwo jest znacznie większe, niż niebezpieczeństwo zgorzeli kończyny po podwiązaniu naczynia.

Obawa zgorzeli kończyny po podwiązaniu naczynia zranionego bywa często przesadna, zwłaszcza co do rannych, którzy już doraźne, bezpośrednie niebezpieczeństwo to przeżyli szczęśliwie i dostali się z żywą kończyną do zakładu, położonego dalej od frontu. Należy sobie bowiem uprzytomnić, że jeżeli kończyna przy zupełnie lub prawie zupełnie przerwanem naczyniu głównem nie uległa zgorzeli, to dzieje się to wskutek dopływu krwi drogami obocznemi, które już zdążyły dostosować się do koniecznej ilości krwi (circulatio collateralis). Przecież pomiędzy końcami zupełnie przerwanego naczynia tworzą się skrzepy i wolnej drogi dla krwi już niema. To samo dzieje się, jeżeli z naczynia utrzymał się tylko wązki pasek jego ściany, a więc w obu przypadkach, gdy w miejsce podwiązania wchodziłby w rachubę szew okrężny. W tych przypadkach podwiązanie nie może być niebezpieczne, stanowi bowiem tylko operacyjne wykończenie stanu, który już powstał przedtem. Należy tu mieć bardzo na względzie, że nie wolno przy odsłanianiu zranionego miejsca naczynia obchodzić się nieoględnie lub bezwzględnie z naczyniami, odchodzącemi powyżej i poniżej miejsca zranienia. Przeciwnie należy dołożyć wszelkich starań, aby ich nie naruszyć, ponieważ one to właśnie stanowić mogą o odżywieniu kończyny.

Jeżeli skaleczenie naczynia jest niewielkie, drożność naczynia często utrzymuje się; tu można i należy zastosować boczny szew naczyniowy. Oczywiście mam tu na myśli tylko te wielkie naczynia, których podwiązanie wogóle zagrażać może odżywieniu kończyny. Szew tętnicy ramiennej, łokciowej, piszczelowej przedniej lub tylnej, — jak to się

czasem teraz dzięki rozwojowi techniki szwu naczyniowego dzieje — należy uważać za niepotrzebne wprawki techniczne. Natomiast bardzo poważnie wchodzi w rachubę szew tętnicy szyjnej wspólnej i wewnętrznej (mózg!), tętnicy podobojczykowej oraz udowej, zwłaszcza poniżej odejścia tętnicy udowej głębokiej aż do podziału na piszczelową przednią i tylną. Podwiązanie tętnicy udowej ponad tętnicą udową głęboką, dzięki stałym i dużym połączeniom tętnicy udowej głębokiej z gałęziami tętnicy podbrzusznej, jest mało niebezpieczne.

Do sprawy szwu naczyniowego okrężnego wrócę, omawiając postępowanie z tętniakami rzekomymi.

O ile zropienie lub szybkie powiększanie się nie zmusiły do otwarcia krwiaka, powstałego z uszkodzenia wielkiego naczynia tętniczego lub żylnego, to krwiak ulega stopniowo organizacyi i wessaniu, i jeżeli zraniona była tętnica, powstaje przytem zwykle tętniak rzekomy. Najczęściej zdarzającemu się jednoczesnemu zranieniu tętnicy i żyły nadaje cechę kliniczną właściwie zranienie tętnicy. Zranienia samej tylko żyły, o ile przejdą pomyślnie poza wczesne, powyżej wymienione niebezpieczeństwa, nie wymagają już później interwencyi operacyjnej. Niekiedy w razie zranienia tętnicy i żyły następuje w końcu zupełny zanik krwiaka, powrót do stosunków na zewnątrz prawidłowych, pozostaje tylko połączenie tętniczo-żylne, podobne do tego, jakie stwarzano operacyjnie w ostatnich latach na udzie przy zatkaniach tętnicy wskutek sprawy miażdżycowej. Jeden taki przypadek, dotyczący tętnicy udowej pod więzadłem Pouparta, spostrzegałem — i nie operowałem. Kanał rany postrzałowej przebiegał tak, że trafiał w linię przylegania tętnicy do żyły. Na razie przeciwwskazanie do operacyi stanowiła tutaj sprawa przypadkowa uboczna (zapalenie wsierdzia), po jej zaś przeminięciu objawy tak wyraźnie zmalały, że prócz nieznacznego szmeru wirowego, szerzącego się na kilka centymetrów w dół od miejsca rany wzdłuż tętnicy i żyły, nie było można stwierdzić ani worka tętniakowego, ani tętnienia rozleglejszego lub silniejszego, niż po stronie zdrowej. Wskazania do operacyi wobec tego nie widziałem.

Niewątpliwie stanowi opisane zespolenie żylno-tętnicze tylko ciekawy wyjątek; przeważnie powstaje typowy tętniak rzekomy, t. j. dookoła miejsca zranienia — worek o ścianach ze zbitej tkanki łącznej. Stosunek naczynia zranionego do worka bywa najczęściej taki, że przebiega ono w jednej ze ścian worka, zwrócone raną do jamy worka. Jeżeli tętnica lub żyła jest przerwana zupełnie, to drugie naczynie, którego ciągłość jest choć w części zachowana, utrzymuje opisane położenie. Ważną jest rzeczą, że bezpośrednio po zranieniu naczynia i w czasie najbliższym skrzepy tamują drogę krwi przez zranione naczynie i wtedy bardzo doniosłe jest krążenie oboczne. Stopniowo w miarę, jak jama krwiaka się zmniejsza i powstaje worek tętniaka, może niekiedy, a jak podaje Bier, nawet często, obwodowy odcinek naczynia stać się drożny. Wtedy drogi oboczne stopniowo tracą swe znaczenie i wytwarzają się stosunki, zbliżone do stanu prawidłowego. Podwiązanie naczynia w takim okresie, a więc wtedy, gdy odzyskało ono swą drożność choć częściowo, a rozwój dróg obocznych cofnął się, może mieć doniosłość takąsamą, jak podwiązanie naczynia prawidłowego. Dlatego, operując w tym okresie, należy się zawsze przekonać od jamy tętniaka, czy droga ku odcinkowi obwodowemu jest wolna. Jeżeli gruby zgłębnik wchodzi swobodnie od jamy tętniaka do obwodowego odcinka naczynia, musimy przyjąć, że drożność, a więc i czynność naczynia jest zachowana. Wtedy wskazane jest zastosowanie szwu naczyniowego, czy to bocznego z utrzymaniem kanału, czy okrężnego; dla szwu okrężnego operacya w tych późnych okresach daje dobre widoki doraźnego zagojenia się.

Z powyższego wynika, że chcąc łatwiej sprostać wszelkim spotykanym warunkom, należy dążyć do tego, aby tętniaki rzekome operować ile możności późno. Ustalony z doświadczeń wojny bałkańskiej termin najmniej trzechtygodniowy od zranienia uważałbym za zbyt krótki. Im później — 6—8 tygodni — tem lepiej. Przez ten czas zachować musi chory spokój, a my względem chorego »zbrojne pogotowie«, by w razie czy to objawów zapalenia ropnego, czy nagłego zwiększania się krwiaka — wkroczyć niezwłocznie. Przez czekanie uzyskujemy lepsze warunki dla rany operacyjnej w razie konieczności szwu naczyniowego, a poza tem możemy czasami choremu oszczędzić operacyi, o ile objawy tętniaka się cofną, co zdarza się wprawdzie rzadko, ale jednak jest możliwe. Nie ustępujący tętniak rzekomy zawsze stanowi wskazanie do zabiegu, ponieważ łatwo może pęknąć, zwłaszcza przy nieznacznym nawet urazie, i wtedy sprawa wraca ponownie do pierwszego okresu rozwoju, jak zaraz po zranieniu.

Technika szwu naczyniowego nie przedstawia wogóle takich trudności, jakieby można przypuszczać zarówno z opisów doświadczeń na zwierzętach, jak ze skomplikowanego instrumentaryum, podanego w tym celu. Należy uwzględnić, że znaczenie praktyczne ma u człowieka tylko szew naczyń dużych, a to sprawę ogromnie ułatwia, tak dalece, że niemal można się obejść bez osobnego instrumentaryum. Osobne igły do szwu naczyń nie są niezbędne. Zwykłe najmniejsze i najcieńsze igły zupełnie dobrze się tu nadają. Odpada wobec tego konieczność osobnych imadeł. Do czasowego zaciśnięcia naczynia nie są konieczne osobne kleszczyki (Höpfner); można stosować zaciskadło jelitowe (Kocher-Doyen) lub grubą nitkę, którą zawiązujemy lekko, na kokardę. Zwykły najcieńszy jedwab, taki, jakiego się używa do szwu jelitowego, wystarcza zupełnie; przytem nie jest konieczne osobne przygotowywanie go przez przepajanie parafiną; może być zwyczajnie, przez gotowanie, wyjałowiony. Natomiast ważne i pożądane są szczególnie małe i dokładne szczypczyki (penseta) haczykowe

Operacya odbywa się w sposób następujący: Na kończyny, gdzie można, zakłada się opaskę gumową. Na szyi i u nasady kończyn musimy się bez niej obejść. Cięcie przez największą wyniosłość guza tętniakowego i dotarcie do jego ściany, przyczem należy strzedz się, by po drodze nie uszkodzić nerwów, niekiedy znacznie przez guz poprzesuwanych (n. podkolanowy!), oraz gałęzi bocznych naczynia. O ile założona jest opaska gumowa, otwieramy śmiało ścianę worka, na oko często łudząco podobną do mięśnia, zwłaszcza podbiegłego krwią. O ile niema opaski, należy teraz, nie krępując się rozmiarami cięcia, ani choćby przecinaniem kości (obojczyk), udostępnić sobie dośrodkowy odcinek tętnicy i żyły, czasowo je zacisnąć w ten czy inny sposób i dopiero teraz otworzyć tętniak. Z jamy tętniaka oryentujemy się o położeniu naczynia w jego ścianie, co zwykle udaje się łatwo, jak również łatwo bywa teraz znaleść ranę w naczyniu. Sprawdzamy drożność odcinka obwodowego zapomocą grubego zgłębnika (jak zgłębnik maciczny). Jeżeli odcinek ten jest niedrożny, można go naciąć i wtedy zwykle powstaje z niego słaby krwotok tę

tniczy, przeważnie bez wyraźnego tętnienia (objaw Coenena) — jako wyraz działania naczyń obocznych. Wtedy możemy dośrodkowy i obwodowy koniec tętnicy bez obawy podwiązać, nie tracąc czasu na szew naczyniowy.

Natomiast, jeżeli z tętniaka do obwodowego odcinka naczynia wiedzie wolna droga, badamy dokładniej ranę w ścianie naczynia. Ubytki boczne nieznaczne, a na większych tętnicach (udowa) nawet dwa przeciwległe otwory od strzału na wylot, pozwalają użyć szwu bocznego, z tem, że kanał naczynia zostaje utrzymany. Szew zakłada się węzełkowy z jedwabiu. Należy bardzo uważać, aby przy zawiązywaniu szwu przylegały do siebie błony wewnętrzne (intima) tętnicy, gdyż to stosunkowo najlepiej zapobiega tworzeniu się zatykającego skrzepu. Szew trzeba zakładać w linii równoległej do osi naczynia, pomimo, że pociąga to za sobą zwężenie naczynia. Zakładanie szwu w kierunku poprzecznym do osi, jak to się robi na jelitach przy przedziurawieniach, jest tu niemożliwe, ponieważ ściany naczynia są mało podatne, brzegi rany nie dają się zbliżyć w tym kierunku i szew miałby zbyt duże napięcie, a więc byłby niepewny. Ułatwia sprawę to, że niema, w przeciwieństwie do jelit, potrzeby zakładać szwu dwupiętrowego, — zupełnie wystarcza jedno piętro. Dobre przyleganie brzegów zaszywanej rany można sobie ułatwić w ten sposób, że zakłada się najpierw dwa szwy końcowe, narożne i za ich nitki unosi się cokolwiek ścianę naczynia, przez co brzegi rany równo się względem siebie układają i przylegają błonami wewnętrznemi. W tem położeniu zakłada się resztę szwów. Szwy daje się w odstępach $1^1/_2 - 2$ mm. Po zaszyciu rany zdejmuje się zacisk tymczasowy (opaskę) i sprawdza się, czy szew jest szczelny. Niekiedy wypadnie jeden albo dwa szwy dodać w tych miejscach, gdzie przez szczelinę między szwami krew strzyka. Słabe sączenie przez linię szwu i z ukłuć igłą nie wymaga osobnych szwów i po chwili samo ustaje. Końce nitek wszystkich szwów pozostawia się długie, aż do chwili uznania, że szew skończony, i dopiero teraz krótko się je obcina. Ten drobny szczegół techniczny ułatwia zakładanie szwów dodatkowych, nie dopuszcza, aby końce poprzednio obciętych nitek dostawały się w pętle nowych szwów i wogóle ułatwia panowanie nad całą zaszywaną raną. Należy tylko unikać poplątania długich końców, co udaje się najłatwiej przez zakładanie kleszczyków Péana na każdą parę nitek.

Szew naczyniowy okrężny wykonuje się wtedy, gdy w naczyniu jest zbyt duży ubytek boczny, aby go można zaszyć z utrzymaniem drożności naczynia, lub gdy naczynie jest zupełnie przerwane.

Technika szwu okrężnego opracowana jest szczegółowo (Carrel, Stich) i pozwala łączyć naczynia aż do rozmiaru 1 mm. średnicy wewnętrznej (Stich). U człowieka praktycznie stosuje się szew naczyń nie poniżej 3 mm. średnicy wewnętrznej (t. podkolanowa). Naprzód trzeba przygotować do szwu końce naczynia przez równe obcięcie poza częściami zniszczonemi. Powstaje z tego, zwłaszcza po sprężystem cofnięciu się końców, ubytek dość duży, który wywołuje pewne napięcie przy zbliżaniu końców. Napięciu temu można częściowo zaradzić przez odpowiednie ustawienie kończyny (np. zgięcie kolana) i to najczęściej wystarcza. Zupełnie wyjątkowo, jeżeli trzeba wyciąć znaczniejszy odcinek zranionego naczynia, zdarzyć się może, że końce zbliżyć się nie dają i wtedy może zajść konieczność albo podwiązania (w tych przypadkach drożność obwodowego odcinka jest albo bardzo mała, albo nie istnieje), — albo też wszczepienia pomiędzy końce tętnicy kawałka skądinąd wziętej żyły (v. saphena). Wiadomo, że żyła, znalazłszy się w nowych warunkach parcia wewnętrznego, przystosowuje się do niego dobrze i stanowi odpowiedni materyał do przeszczepiania.

Podana przez Sticha technika szwu okrężnego jest bardzo dogodna i warta naśladowania. Zakłada się naprzód w równych odstępach 3 szwy przez oba końce naczynia, zawiązuje się je i nitki pozostawia długie. Uzyskujemy w ten sposób 3 pary cugli, zapomocą których dogodnie można ustawić przestrzenie pomiędzy każdą parą w położeniu, nadającem się do szwu. Stich zakłada teraz szew ciągły; mnie się okazał dogodniejszym węzełkowy, ponieważ drobna niedokładność szwu ciągłego wystawia całą linię na szwank, natomiast zły szew węzełkowy łatwo poprawić nowym szwem, założonym tuż obok. I tu należy uważać, by przylegały do siebie powierzchnie wewnętrzne ścian (intima). Po zakończeniu szwu następuje zdjęcie zacisku tymczasowego, sprawdzenie szczelności, ewentualnie kilka szwów dodatkowych i krótkie obcięcie nitek. Ważną rzeczą jest, aby ranę można dokładnie zaszyć, co najwyżej pozostawiając sączek gumowy. Pozostawienie szwu okrężnego odkrytego, nie otoczonego ściśle przylegającemi tkankami sąsiedniemi, jakby to być musiało w ranie tamponowanej, jest niebezpieczne, i to jest powód, dla którego obawiam się szwu okrężnego w razie wczesnych operacyi, gdzie z powodu niezupełnie wygasłego zakażenia i obecności skrzepów ranę przynajmniej częściowo musimy zostawić otworem.

Mój materyał obejmuje 12 operowanych przypadków zranienia wielkich naczyń. 8 razy zastosowałem podwiązanie, 4 razy szew naczyniowy (1 raz okrężny na tętnicy podkolanowej, 3 razy boczny). Niepowodzenie miałem tylko jedno, u rannego, którego dostałem z posokowato zakażonym krwiakiem, pochodzącym z tętnicy podobojczykowej. Tętnicę musiałem podwiązać. Po 2 dniach wystąpiła zgorzel kończyny górnej. Amputacya nie uratowała chorego, zginął z zakażenia ogólnego w 10 dni po amputacyi.

Unikatem zapewne był przypadek, w którym kula karabinowa, przebijając udo, zraniła żyłę udową (v. femoralis) i żyłę udową głęboką (v. profunda femoris), nie uszkodziwszy równoimiennych tętnic. Z powodu krwotoku wtórnego z rany postrzałowej szerokie otwarcie całego terenu, podwójne podwiązanie obu żył; wyzdrowienie.

Wyżej wspomniałem już o nieoperowanym przypadku zespolenia tętniczożylnego na tętnicy udowej pod więzadłem Pouparta.

Piśmiennictwo bieżące.

I. Medycyna wewnętrzna.

Prof. Moeller i Prof. Mayer: **Dobór leków w czasie wojny.** (Z zakładów farmakologii i farmakognozyi uniwersytetu wiedeńskiego) (Heilkunde 1915 Nr. 11, listopad).

Wskutek ustania dowozu niektórych leków surowych, jak również trudności, wytworzonych przez wojnę w przemyśle chemicznym, oraz wskutek wielkiego spotrzebowania leków na polach walk, brakuje już teraz dla ludności cywilnej niektórych przetworów leczniczych, a niedostatek ich z pewnością będzie coraz większy. Dlatego też z jednej strony potrzeba popierać uprawę i zbieranie roślin lekarskich (czem już zajęły się władze), z drugiej zaś kierować się w ordynacyach lekarskich oszczędnością i, gdzie się tylko da, przepisywać środki zastępcze zamiast tych leków, których już niema, lub których są małe zasoby. W tym kierunku podają M. i M. praktyczne wskazówki dla lekarzy, ordynujących dla ludności cywilnej.

Naparstnicę przywożono dotąd do Austryi przeważnie z Niemiec; wobec zakazu wywozu, wydanego przez rząd niemiecki, może tego leku surowego braknąć, dlatego zaleca się zastępować go przetworami (digipuratum i t. p.), wybierając z nich te, których siła jest dokładnie określona i które dają się ściśle dawkować. Nadto możnaby wprowadzić w użycie naparstnicę,

kwitnącą żółto, u nas nierzadką, zamiast czerwonej niemieckiej; działanie bowiem nie różni się jakościowo. Dalej wchodzą w rachubę strofantus i jego przetwory. By zapobiedz brakowi kamfory, należy przepisywać ją tylko do użytku wewnętrznego i podskórnych wstrzykiwań, naskórnie zaś (do wcierań) nie używać jej; wcierania te zastąpi zupełnie spirytus gorczyczny (spiritus sinapisatus). Ze środków wykrztuśnych najulubieńsze (ipecacuanha, senega) przychodziły z za mórz; zamiast nich zapisywać można: Decoctum cort. quillajae w dawce 3—4 razy słabszej od dawki krzyżownicy (senega), a Decoctum rad. saponariae rubrae w dawce takiejsamej, jak krzyżownicę.

Makowiec (opium) będzie może dowożony z Turcyi; niemniej trzeba z tym cennym lekiem, jakoteż z morfiną i kodeiną, na razie obchodzić się jak najoszczędniej. Można morfinę tylko tam zastąpić syntetycznie uzyskiwaną papaweryną, gdzie wskazaniem dla morfiny są stany skurczowe mięśni gładkich. Podobnie brak dowozu przeważnej części dotąd używanych najczęściej środków przeczyszczających (rad. rhei, senna, rhamnus purshiana, aloë, jalapa); oleju rącznikowego niema już wcale w zapasie (przychodził z Włoch i Francyi). Toteż trzeba się posługiwać przetworami fenolftaleiny (purgen), oraz wodami i solami gorzkiemi. Zresztą jest do rozporządzenia w ilości ogromnej kora kruszyny (cortex frangulae), równej wartości, jak szakłak (rhamnus purshiana), są też gotowe wyciągi (extracta) kruszyny; jest też rzewień krajowy (radix rhei austriaci), ten jednak trzeba zapisywać w dawkach dwakroć wyższych, niż rzewień chiński.

Z alkaloidów, których z Niemiec wywozić zakazano, trzeba oszczędnie ordynować atropinę i skopolaminę, które zresztą, podobnie jak przetwory salicylowe, mogłyby być wyrabiane i w Austryi, bo materyałów surowych do tego nie brak, brak tylko fabryk. Również oszczędzać trzeba fizostygminy. Zamiast apomorfiny, jako środka wymiotnego, trzebaby używać siarczanu miedzi. Zamiast gorzknika (hydrastis), tak rozpowszechnionego w praktyce ginekologicznej, a będącego na wyczerpaniu, zaleca się używać syntetycznej (tańszej zresztą, a równie skutecznej) hydrastyniny.

Z wytwarzanych w Niemczech środków przeciwgorączkowych objęte są zakazami wywozu: pyramidon (synonimy: amidopyrin, dimopyran), antypiryna, fenacetyna (acetfenetydyna), antyfebryna (acetanilid), aspiryna (acidum acetylosalicylicum), trzeba więc zapisywać zamiast nich inne pokrewne leki. Zapisywanie chininy należy ograniczyć wyłącznie do przypadków zimnicy, do innych zaś celów wcale jej nie stosować wobec odcięcia dowozu kory chinowej. Nie wolno też z Niemiec wywozić jodu, i tego więc leku trzeba oszczędzać; można zaś zamiast jodu do użytku zewnętrznego (odkażanie skóry) użyć chloroformowego lub benzynowego rozczynu bromu; M. i M. sądzą, że także 5% rozczyn wyskokowy kwasu garbnikowego może oddawać podobne usługi (prawdopodobnie skuteczniejsze byłoby jednak użycie 70% wyskoku; przyp. sprawozd.). Zamiast niedostępnego już dziś balsamu peruwiańskiego, zalecają M. i M. w praktyce chirurgicznej przetwory ichtyolu (ichtyol, thiol, thigenol) i dziegciowe. Zamiast tlenku cynku (zincum oxydatum albissimum), dotąd sprowadzanego z zagranicy, można używać zwykłego tlenku (zincum oxydatum venale) zewnętrznie, o ile nie zawiera on ponad $^1/_2$% ołowiu. Braku środków przeciwgnilnych niema; dlatego łatwo obejść się bez kwasu borowego, którego obecnie dostać nie można.

Wreszcie zaleca się przepisywać dla taniości ile możności leki proste, a unikać t. zw. »specyfików«, niestosunkowo drogich, a przytem przeważnie złożonych zupełnie nieracyonalnie. Z.

Prof. Braun: **O stwierdzaniu chorób sercowych** (Wiener klin. Woch. 1915 Nr 46).

Przy stwierdzaniu chorób sercowych dla celów wojskowych (Konstatierung) chodzi nietylko o rozpoznanie cierpienia sercowego, lecz także o ocenę, czy cierpienie to w danych warunkach dotkniętemu niem osobnikowi może przynieść szkodę i czy nie obniża jego zdolności do służby. W tych przypadkach musi się lekarz posługiwać metodami pomocniczemi dla dojścia do słusznych wniosków. Jeżeli n. p. stwierdzimy szmer skurczowy nad aortą, a drugi ton dźwięczny, zapomocą promieni Roentgena rozszerzenie początku aorty, a odczyn Wassermanna jest dodatni, to rozpoznamy kiłowe zmiany w aorcie i musimy spodziewać się przy nieodpowiednim trybie życia rychłego pojawienia się napadów duszności bolesnej. Natomiast nieregularna czynność serca może być wywołana przez skurcze dodatkowe (extrasystole), które przy zestawieniu całokształtu objawów mogą się okazać wyrazem czystej nerwicy, względnie neurastenii.

Dr M. Blassberg.

Doc. Blum: **Doświadczenia wojenne w chorobach dróg moczowych, wynikłych z zaziębienia.** (Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr 46).

Autor sądzi, że samo zaziębienie może wywoływać zapalenie nerek u osobników, u których układ naczyniowy jest mało odporny. Świadczą o tem równocześnie istniejące u tych chorych odmrożenia, oraz wywiady, dowodzące przebytego zatrucia ołowiem lub zakażenia kiłą. Również i przy zaburzeniach czynności pęcherza dopatruje się B. wpływu zimna na naczynia i na narząd krążenia. Występują podówczas dolegliwości najrozmaitszego nasilenia, począwszy od wzmożonej potrzeby oddawania moczu aż do stałego moczenia kroplami przy próżnym pęcherzu (enuresis diurna et nocturna), lub ostrego zatrzymania moczu. Mocz bywa przytem zupełnie prawidłowy. U przeważnej części tych chorych bywają równocześnie nadmierne poty nóg.

Dr M. Blassberg.

Prof. Korczyński: **O paratyfusowym nieżycie jelit ze śmiertelnym przebiegiem.** (Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr 46).

Autor opisuje 4 przypadki chorobowe, w których bakteryologicznie stwierdzono paratyfus, a które się zakończyły śmiercią. We wszystkich były objawy nieżytu jelitowego, obok ciężkiego stanu ogólnego, bez znaczniejszego podniesienia ciepłoty, oraz obraz zatrucia jadami i postępującego osłabienia czynności serca. Wszystkie te przypadki dotyczyły też osobników o podupadłem odżywieniu. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono ostry obrzęk śluzówki w jelitach cienkich i wybroczyny lub odosobnione niewielkie wrzody, albo też zmiany w jelitach grubych, przypominające nieco czerwonkę, pomimo braku drobnoustrojów czerwonki. Dr M. Blassberg.

II. Chirurgia polowa.

Prof. L. Rydygier: **O leczeniu ran w szpitalach wojennych** (Wiener klin. Woch. 1915, Nr 25).

Praca znakomitego chirurga jest tem cenniejsza, że opiera się ona na doświadczeniu ogromnem, zebranem z 8 oddziałów 4 szpitali w Wiedniu, gdzie R. działał równocześnie, jako doradca-chirurg (Consiliarchirurg), oraz z własnej działalności R. we Lwowie i Bernie. Na wstępie zauważa R., że rany od pocisków z płaszczem całkowitym małego kalibru można, praktycznie biorąc, uważać za jałowe i stosunkowo łagodne, o ile nie są powikłane zranieniem naczyń, nerwów i kości. Jednakże przebieg tych zranień zdaje się być obecnie gorszy, niż z początku wojny, co R. przypisuje temu, że wtedy był ustrój żołnierzy mniej wyczerpany, więc odporniejszy, odzież czyściejsza, transport trwał krócej, a może też i wcześniej na polach walk można było zakładać pierwszy opatrunek, który wogóle rozstrzyga poprostu o losach rannego. Ten pierwszy opatrunek jest na wojnie pod każdym względem najważniejszy; od niego zależą w wysokim stopniu także wyniki późniejszego leczenia w szpitalach w głębi kraju.

Po przybyciu do takiego szpitala powinien być ranny przedewszystkiem ostrzyżony i wykąpany, uwolniony od pasorzytów; wszystkie uszkodzone i wadliwe opatrunki należy natychmiast usunąć; wogóle zaleca się zmiana wszystkich opatrunków miękkich, sztywne zaś zostawia się, prócz tych, które są zupełnie złe. Przy tym pierwszym opatrunku powinni działać koniecznie wszyscy najdoświadczeńsi chirurdzy szpitala, bo wtedy uzyskuje się należyty pogląd na stan chorych i odrazu należyte wskazania lecznicze, oraz podstawę do kontroli i oceny przebiegu. Odrazu też należy oddzielić przypadki »czyste« od septycznych, najcięższe zaś przypadki pomieścić w oddziałach, najbliższych sal operacyjnych; podejrzanych co do chorób zakaźnych trzeba umieścić w osobnych pawilonach. Przy operacyach i opatrunkach musi cały personal przestrzegać jaknajwiększej czystości, aż do przesady, używać zawsze wyjałowionych płaszczy, myć ręce przepisowo w wodzie bieżącej i mydłem płynnem (aby nie używano tegosamego kawałka mydła z rąk do rąk), zawsze i przed każdym zabiegiem, i po nim, a już szczególnie w przypadkach zakażonych. Do mycia używać trzeba waty drzewnej (a nie szczotek), którą się zaraz po użyciu odrzuca. Co do rękawiczek gumowych, to są one, zdaniem R., niezbędne przy wszystkich opatrunkach, a już szczególnie ran zakażonych; natomiast nie jest R. ich zwolennikiem przy operacyach aseptycznych, bo palce bez rękawiczek czują lepiej i chwytają pewniej, przy należytem postępowaniu dają się dostatecznie uwolnić także od bakteryi, wydobywających się z głębszych warstw naskórka; w razie zaś pęknięcia rękawiczki niebezpieczeństwo zakażenia rany palcami, niedość pewnie odkażonymi, jest większe, niż przy operowaniu bez rękawiczek

i bardzo wtedy starannem odkażaniu rąk. Ogromnie należy strzedz się dotykania rękami już odkażonemi (w rękawiczkach, czy bez) przedmiotów nieodkażonych; dlatego nawet najmniejszych opatrunków nie powinien nigdy robić jeden lekarz, sam, bez asysty. Co do postępowania z samemi ranami, to R. pozostał wierny zasadzie odmiennego traktowania ran »czystych«, a odmiennego ran zakażonych. Wobec pierwszych głównem staraniem być powinno, by ich wtórnie nie zakazić; więc nie dotykać, tem mniej sondować, nigdy i pod żadnym warunkiem nie tamponować! Odkaziwszy otoczenie rany jodyną (nie za mocno trąc), należy ranę pokryć opatrunkiem aseptycznym i pozostawić w spokoju, który jest rzeczą najważniejszą. Wobec ran zakażonych najważniejsze jest zapewnienie swobodnego odpływu z rany; a więc szerokie nacięcia, otwarcie wszelkich ropnych zaułków, rozległe i odpowiednie sączkowanie, — natomiast nigdy nie tamponować. Opatrywanie tych ran powinno być w rękach jak najdoświadczeńszych: »Dobry opatrunek rany zakażonej wymaga więcej doświadczenia i wiedzy lekarskiej, niż typowa, nawet wielka operacya«. Niestety często dzieje się przeciwnie: chirurdzy naczelni wolą operować, a takie opatrunki oddają w ręce najmłodszych lekarzy i sióstr oddziałowych. W leczeniu tych ran, wbrew powszechnemu prawie dziś zwyczajowi, nie odrzuca R. środków przeciwgnilnych (woda utleniona, balsam peruwiański, zawiesina jodoformowa, kąpiele sublimatowe). Obumarłe strzępy, o ile nie dadzą się usunąć nożem i nożyczkami, można z korzyścią usuwać sztucznym sokiem żołądkowym (Rp. Pepsin. germ. 30·0, Acid. hydrochl. 0·2%—1000·0, Sol. dimethylamidoazobenzol. alkoh. 1% gtts. V.), byle zawsze świeżo przyrządzonym. Na wypróbowanie zasługuje zasypywanie dużych ran nieczystych sproszkowanym węglem zwierzęcym, po poprzedniem spłukaniu rozczynem fizyologicznym i osuszeniu prądem powietrza.

Przy postrzałach w głowę należy zawsze w szpitalu zmienić opatrunek, otoczenie rany szeroko wygolić, oczyścić benzyną, odkazić jodyną, chroniąc przytem ranę od zanieczyszczenia. Postrzały czaszki w kierunku stycznym jaknajrychlej operować, jeżeli cokolwiek przemawia za złamaniem kości; niezmiernie ważne jest tu badanie promieniami Roentgena. Postrzały czaszki na wskroś leczyć wyczekująco, chyba, że objawy uciskowe wskażą potrzebę operacyi. Postrzały czaszki bez wylotu nie są same przez się wskazaniem do wyjęcia pocisku; dopiero wtedy nastaje potrzeba operacyi, jeżeli objawi się jakieś szkodliwe działanie pocisku (ucisk na ważne ośrodki, zakażenie), a wtedy trzeba naprzód zupełnie ściśle określić siedzibę kuli przez rentgenografię. Krwotoki z tętnicy oponowej środkowej wymagają oczywiście niezwłocznego zabiegu. W razie bezprzytomności przy ranach czaszki zawsze zbadać stan wypełnienia pęcherza. Postrzały rdzenia dają wogóle rokowanie złe; w leczeniu ich zawsze należy oprzeć się na naradzie z neurologiem. Przy objawach ucisku rdzenia trzeba operować, jednakże wybór najwłaściwszego czasu na operacyę bywa tu często bardzo trudny; ogólnie biorąc, powstaje wskazanie do operacyi, jeśli się czynność po 6—8 tygodniach nie poprawia. — W leczeniu postrzałów szczęk można uzyskać bardzo dobre wyniki pod warunkiem, żeby w tym celu istniał osobny oddział szpitala pod kierunkiem doskonałego dentysty, gruntownie wykształconego w chirurgii. Pierwszem zadaniem jest należyte wygojenie złamania kości, potem dopiero wchodzi w rachubę plastyka twarzy.

Postrzały płuc, według zgodnego doświadczenia czasów ostatnich, dają nieoczekiwanie dobre rokowanie bez wszelkiej operacyi, tylko pod wpływem worka z lodem i spokoju. R. ostrzega przed zbyt pochopnem nakłuwaniem opłucnej; może ono zakazić płyn surowiczy lub krwawy, tam się znajdujący, i wywołać ropniak opłucny. Operuje się tylko wobec bardzo dużych wylewów, grożących uduszeniem, wobec zbyt powolnego wessania, wreszcie wobec ropniaka opłucnej. Ropniaki zaleca R. operować przez resekcyę żebra, a nie przez sączkowanie Bülowa.

Co do postrzałów brzucha, to R. oświadcza się stanowczo przeciw rozpowszechnionemu zdaniu, aby na wojnie wcale wtedy nie operować. Przeciwnie taksamo, jak w czasach pokoju, zaleca laparotomię jak najwcześniejszą. Zwolennicy nieoperowania zapominają, że te szczęśliwe przypadki, które wyleczyły się bez operacyi i dostały się do szpitala w głębi kraju, to są wyjątki; 80% rannych w brzuch umiera wkrótce, już zaraz za frontem, wielu prócz tego w czasie przewozu.

W leczeniu postrzałów kości kończyn sprzeciwia się R. zdaniu Eiselsberga, jakoby przy pierwszym opatrunku na placu boju mniej zależało na należytem złożeniu i ustaleniu odłamków, niż na tem, by się odłamki nie wciskały w sąsiednie tkanki i nie tarły o siebie. Przeciwnie, jest rzeczą niezmiernie ważną, aby już na placu boju, a potem i przy dalszych opatrunkach, nadać odłamkom kości właściwe położenie; jestto nader ważne dla uzyskania po wyleczeniu jaknajwiększej sprawności kończyny, co ma pierwszorzędną doniosłość. Dlatego szczególnie lekarze wojskowi powinni już w czasie pokoju być jaknajusilniej kształceni w należytem opatrywaniu takich uszkodzeń. W razie powikłań zapalnych (ropowica) mają opatrunki wyciągowe zawsze pierwszeństwo przed choćby najlepszymi opatrunkami gipsowymi z okienkami. W takich powikłanych przypadkach zasadą naczelną musi być: spokój i zapewnienie ropie swobodnego odpływu z rany. Przy bardzo wielkiem ropieniu należy próbować t. zw. otwartego leczenia ran; bardzo korzystne usługi oddaje stała kąpiel wodna.

W przypadkach odmrożeń powinno się wprawdzie zmierzać do uratowania jaknajwiększej części kończyny, nie należy jednak amputacyi tak do ostateczności odwlekać, jak to zalecał Eiselsberg. Ile możności należy odczekać, aż wystąpi demarkacya; natomiast szkodliwą przesadą jest czekać, aż się zmartwiałe części (człony palców nóg, kości śródstopia) same całkowicie oddzielą, bo wtedy chorzy zbyt długo muszą pozostawać w łóżku, a na kikutach tworzą się blizny duże, zrosłe z kością, wymagające potem osobnych operacyi. Należy więc wyłuszczać stawy, lub amputować, gdy występująca demarkacya wskaże właściwe ku temu miejsce, tak aby kikuty dobrze były powleczone skórą. Plastyczne uzupełnienie braku skóry zaleca R. tylko wtedy, gdy chodzi o główkę I i V kości śródstopia, które mają wielkie znaczenie, jako dwa z trzech głównych punktów oparcia stopy.

Dalej dołącza R. uwagi o leczeniu tężca, przy którym, pomimo nieświetnych wogóle wyników seroterapii, stosowałby zawsze surowicę, jako jedyny środek, dający jaką taką nadzieję. R. jest zwolennikiem także zapobiegawczego stosowania tego środka.

Tętniaki urazowe leczyć należy ile możności z zastosowaniem szwu naczyń, ewentualnie wszczepienia żyły. Tylko u chorych bardzo niedokrwistych i tam, gdzie można być pewnym, że nie nastąpi zgorzel, stosuje się dawne, zwykłe podwiązanie naczyń.

W leczeniu uszkodzeń nerwów obwodowych konieczne jest współdziałanie neurologów. Z.

Schönwerth (Taschenbuch des Feldarztes. München, 1915). Franz (Berl. kl. Woch. 1914). **Pierwsze najważniejsze zasady postępowania wobec ran na polu walki.** Zasady te można zestawić w następujące punkta:

1. Postępować jaknajbardziej zachowawczo. Palcami, ani zgłębnikiem wcale ran nie dotykać. Nie szukać pod żadnym warunkiem pocisku; usuwać tylko zupełnie powierzchownie leżące, odrazu dla oka widoczne zanieczyszczenia, odłamki kości, strzępy odzieży, jałowemi szczypczykami lub wacikiem. Rannego ile możności nie rozbierać, wystarczy zwykle rozciąć tylko lub rozpruć odzież w odpowiedniem miejscu (potem spiąć agrafkami). Ran nie szyć, nie przepłukiwać, nie tamponować! Opatrunek powinien dobrze się trzymać. Każdy ranny potrzebuje środka skrzepiającego.

2. Rany części miękkich opatrzyć na sucho jałową gazą, na to wata, przylepiec lub opaska. Małe rany goją się nieraz rychło; ranni wtedy mogą znów iść do walki; tylko rany na wylot są przeszkodą do rychłego powrotu na front. Postrzały w łydki przeszkadzają rannym biegać.

3. Opatrunku nie zmieniać bez koniecznej potrzeby. Jeżeli przemókł, pokryć nowym.

4. Krwotoków nie tamponować, tylko opatrunek uciskający. Krwotoki z dużych naczyń (aż do pachowych i podkolanowych) wiodą prawie zaraz do śmierci, z mniejszych, jak ramienne, piszczelowe, zwykle nie. (Skrzep, spadek ciśnienia wywołują ustanie krwotoku). Przy krwiakach podskórnych (nawet z t. szyjnej) nie następuje śmierć z utraty krwi. Opaskę elastyczną Esmarcha zakładać na kończynę uniesioną do góry, obnażoną, pierwszy zwój zaciągnąć bardzo silnie; opaski tej niczem nie zasłaniać, aby ją można odrazu dostrzedz, bo najdalej na głównym placu opatrunkowym powinna być zdjęta.

5. Kartki opatrunkowe (Wundtäfelchen) mają zawierać rozpoznanie, zapisek o opasce Esmarcha, jeśli ją założono, wskazówkę, jaka operacya konieczna.

6. W razie bólów nie oszczędzać morfiny, nawet w dawkach maksymalnych.

7. Zakażeniu miejscowemu zapobiega wysokie ułożenie części zranionej. Ciała obce (strzępy odzieży) w ranie wywołują silne ropienie w swojem sąsiedztwie; przy zdjęciu opatrunku spływają często z ropą. Nie szukać ich bezwzględnie i bez rozwagi. Zakażenie ogólne objawia się nietylko gorączką, ale obok

niej zmianami miejscowemi (ból, obrzęk, cuchnąca wydzielina). Ciepłotę koniecznie codziennie mierzyć.

8. Przy postrzałach kości i stawów należy opatrunki ustalające zakładać, nie zaciskając (w przeciwieństwie do opatrunków uciskających n. p. przy krwotokach). Celem dobrej podściółki używać części odzieży. Opatrunek ustalający ma sięgać dostatecznie daleko; palce powinny dla kontroli pozostać niezakryte. Przy złamaniach postrzałowych palców szyna aż do łokcia, — przedramienia — od końców palców do połowy ramienia po stronie grzbietowej, w razie ciężkich zranień także po stronie dłoniowej. Uszkodzenie łokcia i ramienia: opatrunek od końców palców do barku, ewentualnie szyi, szyna po stronie zewnętrznej, ramię przymocować do tułowia. Przy uszkodzeniach kończyny dolnej szyna od przodu; opatrunek uszkodzeń goleni ma sięgać aż do połowy uda, uszkodzeń kolana obejmować także miednicę, uszkodzeń uda cały brzuch aż do łuków żebrowych; ku dołowi sięgają te opatrunki aż do palców. Wobec braku wody umocowywać szyny (zamiast gipsem lub opaską krochmalną) trójkątnemi chustami, podścielając części odzieży. Jako szyn, obok łubek, tektury, używać można bagnetu, karabina (nie zapomnieć wyjąć ładunku) kolbą obróconego ku górze, łat drewnianych. W stacyach opatrunkowych i szpitalach dalej poza linią bojową bywają szyny druciane i t. d.

9. Gdzie można, zaleca się opatrunek mastisolowy. Mastisolem pędzluje się otoczenie rany aż do jej brzegów, po $1/2$—1 minucie, gdy ciecz odparowała, nakrywa się ranę opatrunkiem, który wtedy silnie się przykleja. Mastisol pozwala nieraz obejść się bez szwu. W razie krwotoku przykrywa się opatrunek mastisolowy watą i nakłada opatrunek uciskający. Opatrunek mastisolowy zdejmować ostrożnie w kierunku ku ranie. Resztę mastisolu odmywa się benzyną, eterem, jeśli bardzo silnie przylega — wodą utlenioną 3%.

10. Odkażanie jodyną okazało się na polu walki mniej korzystne, niż w stałych szpitalach. Używać tylko 5% świeżej nalewki jodowej.

11. Wstrząs jest skutkiem podrażnienia nerwowego, dlatego nie stosować eteru, ani kamfory, tylko morfinę podskórnie 0,02 co kwadrans, z początku z 0,0005 atropiny. We wstrząsie nie operować; wyjątek stanowią krwotoki zagrażające życiu.

12. Postrzały czaszki w kierunku stycznej z uszkodzeniem powierzchni mózgu operować możliwie rychło, już na głównym placu opatrunkowym. Powłok nie rozcinać szeroko, brzegi rany rozchylić ostrymi hakami, luźne odłamki kości usunąć szczypczykami, wyrównać brzegi kości nożycami Luera, szew dla zapobieżenia wypadaniu mózgu z zostawieniem małego tylko otworu w skórze, nie tamponować, tylko ranę pokryć gazą. Transport możliwy najwcześniej 6. dnia. Przy innych postrzałach czaszki postępowanie wyczekujące. Przy postrzałach twarzy nie można tamponować nosa dłużej nad dobę. Przy postrzałach żuchwy założyć klin z korka, waty lub drzewa między zęby, opatrunek procowy. Postrzały szyi wymagają czasem tracheotomii. Jeżeli przypuszcza się uszkodzenie przełyku, to przez dni 5 nie podawać nic do jedzenia, ani picia, ułożyć chorego głową nizko. Rokowanie postrzałów płuc wyjaśnia się w ciągu pierwszej doby; stosować morfinę; nie nakłuwać opłucnej, bo to grozi zakażeniem lub krwotokiem następowym; nie nakłuwać nawet w razie gorączki i krwotoku w opłucnej. Postrzały w okolicy serca nie nadają się do transportu, również nigdy nie można transportować rannych z postrzałem w brzuch. Wypadniętych trzew nie odprowadzać; zastosować morfinę. Postrzały rdzenia wymagają jaknajszybszego odtransportowania w głąb kraju, przyczem trzeba zapobiegać odleżynie, cewnik założyć na stałe. Z.

Werner: **O substancyach, wpływających na tkankę łączną.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 133). — Rost: **O substancyach, pobudzających tkankę łączną do rozrostu.** (Münch. med. Woch. 1915, 25). — Kolb: **Doświadczenia zebrane przy leczeniu ran olejem mineralnym, działającym na tkankę łączną** (tamże).

W klinice chirurgicznej w Heidelbergu zauważono, że niektóre oleje mineralne pobudzają tkankę łączną do rozrostu. Przeprowadzono więc systematyczne próby z płynną parafiną (paraffina liquida), benzolem, naftaliną, antracenem, cymolem, rozmaitymi fenolami i krezolami, pirydyną, piperydyną, chinoliną, akrydyną, oraz z kwasami naftenowymi i ich solami. Parafina płynna nie wywierała żadnego działania, fenole działały słabo, zasady i kwasy poczęści zbyt drażniąco, najlepiej jeszcze niektóre terpeny. Jednakże nie można było polegać na przetworach, znajdujących się w zwykłym handlu, ponieważ bywają one zanieczyszczone rozmaitemi domieszkami, działającemi nieraz szkodliwie, a w każdym razie jest działanie różnych fabrykatów niejednomierne i nie daje się z góry przewidzieć. Dlatego zaleca Werner posługiwać się przetworem, wyrabianym przez fabrykę Knolla pod nazwą »oleju na rany« (granulierendes Wundöl). — Olej ten stosował Rost w klinice w Heidelbergu w ciągu lat dwu, a to w sposób podobny, jak balsam peruwiański, wlewając go do ran ziarnkujących przy każdej zmianie opatrunku, a zwracając uwagę na to, aby olej dostał się do wszystkich zaułków i zatok rany. Ziarnkowanie ran, w ten sposób leczonych, przebiegało znacznie szybciej, niż przy stosowaniu innych środków; po wypełnieniu się ziarniną pokrywały się rany również szybciej nabłonkiem. Zaletą oleju Knolla jest przytem, że suche opatrunki nie przylepiają się do rany i że wchłaniają one przytem wydzieliny rany lepiej, niż przy leczeniu maściami. Oprócz ran ziarnkujących okazało się działanie oleju bardzo korzystnem przy leczeniu rozmaitego rodzaju przetok, wygajaniu jam po dużych ropniach i t. p. — Spostrzeżenia Rosta potwierdza także Kolb, który stwierdził korzystne działanie oleju Knolla nietylko na rany »czyste«, ale także na rany silnie ropiejące. Ziarnina, wytwarzająca się pod wpływem tego oleju, była silna i jędrna; blizny po wyleczeniu bardzo mocne. Na pokrywanie się nabłonkiem nie wpływa ten olej ujemnie. Z. Kn.

Epidemiologia.

Cholera w Kałuszu

podał

Dr Wurst.

Dnia 1 lipca b. r. wydarzył się w Kałuszu pierwszy przypadek cholery u 56 l. T. R., zakończony w 24 godzin śmiercią; nazajutrz umarł po kilkogodzinnej chorobie 74 l. Fr. I. — Oba te przypadki wydarzyły się niezbyt daleko od stacyi kolejowej. Były to dwa pierwsze urzędownie stwierdzone przypadki.

Wątpliwości nie ulega, że cholera zawleczona została do Kałusza przez jeńców rosyjskich; w połowie czerwca, po zwycięstwach armii sprzymierzonych w okolicy Kałusza, Bursztyna i t. d., szły do Kałusza ogromne transporty jeńców, dla których urządzono obozowisko na łąkach na zachód od miasta, pomiędzy stacyą kolejową, a wsią Pójło, a były tam liczne tysiące.

W obozowisku tem pojawiła się cholera, a że szpital wojskowy choleryczny urządzony był na przeciwnym końcu miasta, na pagórku poza saliną, transportowano chorych przez całą długość miasta, jakkolwiek nie środkiem miasta, ale wzdłuż toru kolejowego, leżącego na uboczu. Nie da się jednak zaprzeczyć możność, a zostało nawet stwierdzone, że transporty chorych stykały się z ludnością miejscową.

Mimo bardzo energicznych zarządzeń, poczynionych w pierwszych zaraz chwilach, nie udało się choroby w zarodku stłumić, a było to zadanie tem trudniejsze, że ludność niezbyt sumiennie stosowała się do zarządzeń sanitarnych, a dla braku żandarmeryi i policyi nadzór także nie był wystarczający.

I stało się, że cholera przybrała rozmiary wprost groźne i do tego rozszerzyła się stopnia, że n. p. w dniu 25 lipca stwierdzono 36 przypadków zasłabnięcia.

Na konferencyi lekarzy miejscowych z lekarzami wojskowymi z udziałem przedstawicieli władz rządowych i autonomicznych, postanowiono ewakuować powszechny szpital krajowy, położony na wzgórzu nieco poza miastem i obrócić go na szpital dla cholerycznych; duży dom o 8 ubikacyach, położony naprzeciw szpitala, przeznaczono dla ozdrowieńców, wypuszczonych ze szpitala, duży zaś piętrowy budynek szkoły wydziałowej w mieście użyto do internowania ewakuowanych rodzin osób, zapadłych na cholerę.

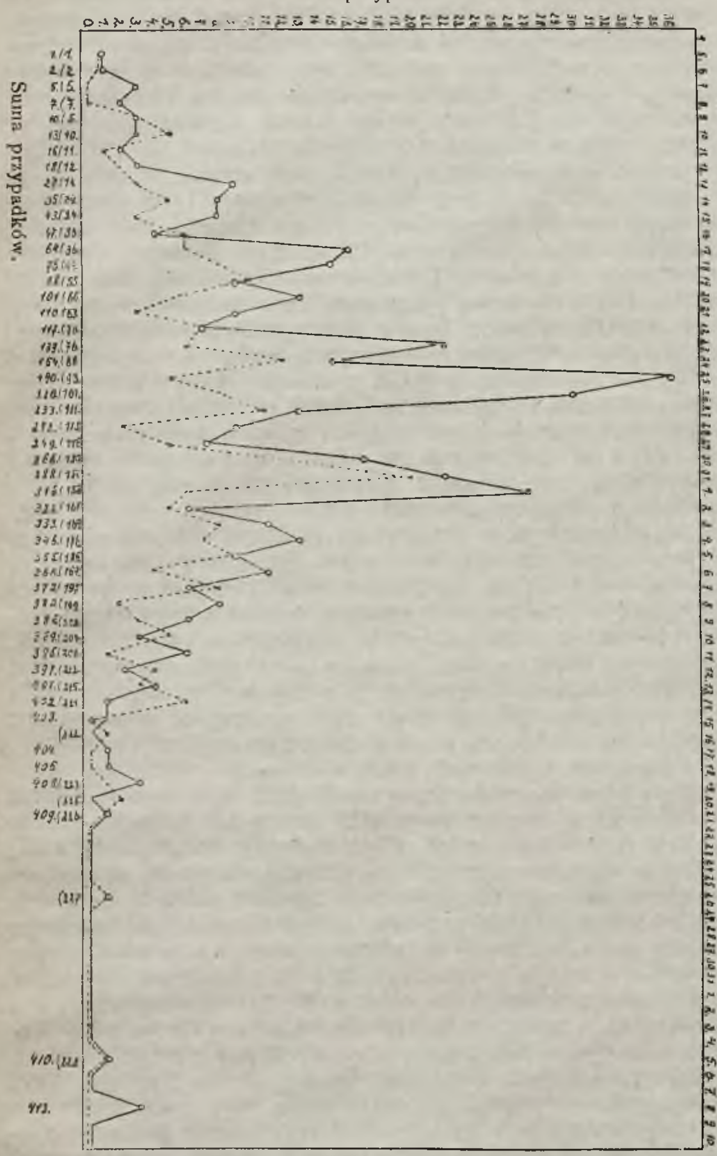
Dodać tu należy, że ozdrowieńców wypuszczano do domów tylko wówczas, jeżeli bakteryologiczne badanie dejektów stwierdziło zupełny brak zarazków.

Nadto urządziła gmina w pobliżu obozowiska jeńców barak dla jeńców, chorych na cholerę, mogący pomieścić 200 osób, tak że odpadła już potrzeba przewożenia chorych jeńców przez miasto. Obok baraku tego urządzono cmentarz.

Miasto podzielono na rejony; każdy z lekarzy obchodził codzień swój rejon i zarządzał wszystko w myśl postanowień konferencyi. Desinfekcyi zakażonych domów dokonywano bezzwłocznie.

Łatwo pojąć, jakiego ogromu ciężkiej pracy wymagano od lekarzy, ale też pracy tej udało się wreszcie opanować epi-

Liczba przypadków.



Objaśnienie: Linia ciągła przedstawia krzywą zachorowań, linia przerywana — śmiertelność. W sumie przypadków oznacza pierwsza cyfra — zachorowania, druga — zejścia śmiertelne.

demię. Na szczególne uznanie zasługują lekarze wojskowi, w owym czasie w Kałuszu stacyonowani, niemniej też zasługują na wdzięczność obie (niemiecka i austryacka) komendy etapowe, z całą gotowością dostarczające gminie środków desinfekcyjnych, których podówczas w Kałuszu wcale nie było.

Bardzo kłopotliwe było żywienie izolowanych w szkole, a bywało tam powyżej 200 do 300 osób dziennie. Ale i ta trudność została szczęśliwie pokonana. Zbudowano dwie kuchnie polowe, dla chrześcian i dla żydów, a sprawa żywienia nic do życzenia nie pozostawiała.

Zachodziła wszakże wielka i poniekąd uzasadniona obawa, że szkoła, jakkolwiek bardzo obszerna, stać się może z powodu wielkiego nagromadzenia osób, pochodzących z domów zakażonych, środowiskiem epidemii. Dobre jednak żywienie, nadzwyczajne przestrzeganie czystości i rewizye lekarskie, trzy razy dziennie odbywane, sprawiły, że wśród izolowanych pojawiło się wszystkiego tylko siedem przypadków zasłabnięcia, które bezzwłocznie do szpitala przeniesiono.

W ten sposób opanowaliśmy cholerę, jakkolwiek ciężka była to walka.

Epidemia trwała od 5 lipca do 8 września; zachorowało 413 osób, zmarło zaś 228, czyli 55·2%, a chorobowość wynosiła 6%.

Jakkolwiek cholera rozszerzyła się na całe miasto, liczące wówczas 7000 ludności, to były jednak tylko dwa główne jej ogniska; jedno, t. z. siwieckie przedmieście, zamieszkałe przeważnie przez chrześcian, a drugie, t. z. Podwale, zamieszkałe przez żydów.

Chorobie ulegała, jak zwykle, mało inteligentna, a uboga ludność.

Dołączona tablica przedstawia przebieg choroby i śmiertelności.

W szerokiej mierze stosowano szczepienie przeciw cholerze; ludność odnosiła się do tego zabiegu bardzo chętnie i z zaufaniem i zaszczepiono kilka tysięcy osób. O ile obserwacya pouczała, to zapadali na cholerę także szczepieni; faktem jednak jest stwierdzonym (jakkolwiek mały materyał, który stał do dyspozycyi, niczego stanowczo nie udowadnia), że przebieg choroby u szczepionych był rzeczywiście łagodniejszy, a stąd i śmiertelność mniejsza.

Kronika.

Najważniejszym punktem w bilansie ubiegłego półtora roku musi być dla lekarzy polskich straszna śmiertelność i chorobowość ludności na całym obszarze Polski. Groza wyludnienia i wszelakich szkodliwych wpływów na zdrowie zaciążyła nad ludnością Polski wielokroć więcej, niż nad ludnością jakiegokolwiek innego kraju. Wyludnienie przez bezpośrednie straty na placu boju zagraża wprawdzie równo wszystkim narodom, uczestniczącym w wojnie. Wskutek jednak tego, że wojna rozgrywa się przeważnie w Polsce, my jedni narażeni jesteśmy na straty nieporównanie większe, na zdziesiątkowanie bezbronnej ludności przez epidemie, głód, nadmierną śmiertelność dzieci, — a jeszcze po wojnie przez przedwczesne wymieranie starszych, steranych losami wojennymi; my jedni stracimy, przeważnie bezpowrotnie, setki tysięcy ludzi przez uchodźtwo z kraju przed nawałą walk, przez barbarzyńskie wypędzanie ludu z odwiecznych siedzib w głąb Rosyi, przez wychodźtwo zarobkowe za chlebem. Wyludnienie więc, które jest niewątpliwie największem niebezpieczeństwem dla każdego narodu, czeka nas wśród narodów Europy prawdopodobnie w stopniu największym.

Oprócz wyludnienia grozi nam więcej, niż innym narodom, pewnego rodzaju fizyczne zwyrodnienie, czy zwątlenie ludności. Jakość potomstwa pogorszy się wprawdzie wszędzie wskutek tego, że na placu boju giną miliony mężczyzn właśnie najzdrowszych i w najpłodniejszym wieku. Ale tylko u nas odbije się prócz tego na jakości potomstwa w najbliższych pokoleniach wpływ przebytych przez masy ludowe chorób zakaźnych, na zawsze podkopujących zdrowie, niedostatecznego żywienia się w czasie wojny całej ludności mniej zamożnej, bezdomności tych, których siedziby zniszczały, poniewierki mnóstwa tułaczy, wyczerpania nadmierną pracą wychodźców zarobkowych, w wielkiej mierze także wpływ rozszerzenia się chorób wenerycznych, alkoholizmu, wreszcie moralny wpływ nieszczęść i wzruszeń wojennych. U nas też tylko pozostawi ślad ujemny — los wielkiej rzeszy dzieci, pozbawionych dziś dachu, odzieży, mleka, opieki, ulegających rozmaitym wpływom wyniszczającym.

Bez przesadnego pesymizmu, trzeba jednak rozmierzyć całą, nadzwyczaj wielką doniosłość tych niebezpieczeństw, a to dlatego, aby dostosować wysiłek do wielkości zadań ratunkowych,— gdzie ratować można —, i pracę ratunkową jaknajlepiej zorganizować. Na straty na polu walk i na ten odsetek śmiertelności, który zależy od rozpętanych przez wojnę sił niejako elementarnych, rady niema. Przeciwdziałanie takim znów przyczynom wyludnienia i zwyrodnienia, jak głód, wychodźtwo, w wielkiej części nie leży dziś w mocy naszego społeczeństwa. W granicach zaś możności broni się społeczeństwo z wytężeniem; działalność mnogich stowarzyszeń i powstałych osobnych komitetów z komitetem szwajcarskim, krakowskim biskupim i komitetami obywatelskimi na czele jest w zakresie doraźnego, najpilniejszego ratunku godną podziwu i największego uznania i współdziałania. Ale jeszcze jest dużo do zrobienia; więcej jeszcze w stępieniu innych wpływów, szkodliwych na dalszą metę. Na niczyją pomoc liczyć nie możemy; ratować się trzeba samym.

Znaczna część tej pracy przypada lekarzom we właściwym zakresie ich zawodu (zwalczanie ostrych chorób zakaźnych, chorób wenerycznych, asanacya i t. d.). Gdzie praca ratunkowa nie wchodzi już we właściwy zakres zawodu lekarskiego, jest obowiązkiem lekarzy, nie obcych higienie społecznej, nietylko współdziałać na tem polu, ale przodować, wskazywać cele społeczno-higieniczne, które przy odbudowie społecznej mogą i powinny być osiągnięte, pozostawiając zresztą wybór dróg czynnikom kompetentniejszym, więc takim organom społeczeństwa, jak administracya, ustawodawstwo, zrzeszenia społeczne. Ten udział naszych lekarzy jest właśnie dlatego konieczny, że w naszem

społeczeństwie brak jeszcze wielki zrozumienia dla higieny społecznej. W Niemczech od lat kilkunastu wre praca na tem polu z udziałem nietylko powag lekarskich, najtęższych higienistów, najznakomitszych ekonomistów, ale i władz i społeczeństwa, skupiona w osobnych stowarzyszeniach i oparta o szereg specyalnych czasopism. Obecna wojna wzmogła tam ten ruch ogromnie, wysunęła na naczelne miejsce zajęcie się przyszłym ruchem ludności, poprawą jej przyrostu i jakości. Przedstawiciele rządu i ciał ustawodawczych uczestniczą gorliwie w pracach, których wyniki będą zużytkowane i powiązane z całą polityką ekonomiczną powojenną, tworzącą fundament dla budowy społeczno-higienicznej, a przez nią dla liczebności, zdrowia i siły narodu. W porównaniu do Niemiec, o ileż większe i trudniejsze zadania stwarza położenie ogłodzonej, spustoszonej, wyniszczonej i wyludnionej Polski! Tymczasem u nas nawet dziś jeszcze, poza niektórymi z garstki ekonomistów, sprawa ta, sprawa podstaw bytu narodu, spoczywa; jedna czy dwie broszury, kilka artykułów dziennikarskich, poruszające zresztą ledwo cząstkę wielostronnego zagadnienia, a przebrzmiewające już bez echa, to dotąd cała podstawa teoretyczna, a o podjęciu na tej choćby podstawie planowej higienicznospołecznej pracy praktycznej — głucho. Zwrot w tym względzie powinien wywołać ten sam czynnik, który torował i toruje sprawie drogę w Niemczech: lekarze, obeznani z higieną społeczną, — w kardynalnych, zasadniczych liniach, a cały ogół lekarski — w wykonywaniu szczegółowych zadań praktycznych.

Jaki będzie rozmiar naszych strat w liczbie i zdrowiu ludności, dziś niepodobna ocenić jeszcze, nawet w tym zakresie, w którym odbywa się dziś najpilniejszy ratunek lekarski, to jest w zakresie epidemii wojennych. Najmniej szkód przyczyniły one Wielkopolsce. W Królestwie i przed wojną nie było mowy o statystyce; cóż dopiero w czasie wojny. W Galicyi badania mogły zacząć się dopiero w maju b. r. i postępować stopniowo w miarę przesuwania się linii bojowej na wschód. Według ogłoszonych już dat urzędowych, grasowała w Galicyi najsilniej cholera; przez 3 miesiące (od końca maja do końca sierpnia) zachorowań było przeszło 21.000 ze śmiertelnością przeszło 57%, objętych zaś epidemią było 51 powiatów. W miarę porządkowania się stosunków statystyka staje się pewniejszą, walka z cholerą skuteczniejszą, liczba zachorowań spada, zajętych cholerą powiatów z początkiem września jest już tylko 34, pod koniec października już tylko 7 (Jaworów, Rawa, Rohatyn, powiat Lwów, Stanisławów, Żółkiew, Żydaczów). W pierwszym i drugim tygodniu października liczba nowych przypadków nie przekracza już 180, w trzecim — 100, w czwartym — 50. Śmiertelność jednak pozostaje wysoką (za wrzesień obliczyliśmy ją około 58%). — Na drugiem miejscu po cholerze szła ospa; natężenie epidemii utrzymuje się jeszcze. W ciągu 8 tygodni września i października zrachowaliśmy do 3.800 przypadków zachorowań, w ciągu 4 następnych tygodni — przeszło 2.000; szczególnie uporczywie utrzymuje się epidemia w samym Lwowie. — Czerwonka, po wielkiem zeszłorocznem jesiennem nasileniu z początkiem wojny, zajmowała później trzecie miejsce wśród epidemii, z liczbą zachorowań mniej więcej o połowę mniejszą od cholery, a śmiertelnością stosunkowo małą. — Po niej dopiero szedł dur brzuszny, a po nim — dur osutkowy, który również małą stosunkowo miał śmiertelność, ale pod zimę zaczyna się, jak się zdaje, wzmagać, wskutek złych warunków życia bezdomnej ludności.

Warunki zwalczania epidemii były niezwykle trudne; skutki wojny, a więc zrujnowane budynki, zanieczyszczenie całych okolic i ich wód, niedostatek żywności, trudności dowozu przy zniszczonych drogach i braku podwód, zniszczenie aptek, szczupłe siły lekarskie, były przeszkodą tak w Galicyi, jak i w Królestwie. W Galicyi działała istniejąca, doświadczona organizacya sanitarna urzędowa (wśród najcięższych warunków fizycznych) z pomocą władz etapów wojskowych; w Królestwie pod zarządem austryackim do każdego z 24 utworzonych obwodów administracyjnych wyznaczono lekarza, z nich kilkunastu z pośród lekarzy rządowych galicyjskich; i tu i tam pracowały kolumny sanitarne Krakowskiego Komitetu biskupiego, zorganizowane i zarządzane przez prof. dr. Emila Godlewskiego. (O organizacyi akcyi przeciwepidemicznej w Królestwie pod zarządem niemieckim nie mamy dokładnych wiadomości). Pomimo wszelkich trudności powiodło się zorganizować w Galicyi odosabnianie chorych i odkażanie na wielką skalę, chorym i odosobnionym dostarczać żywności, przeprowadzić szczepienia przeciwcholeryczne, wykonać najelementarniejszą asanacyę, zaopatrzyć kilkadziesiąt spustoszonych aptek, przerzedzonym wskutek powołania do wojska szeregom lekarzy rządowych pozyskać do pomocy lekarzy epidemicznych i słuchaczy medycyny, razem przeszło 100 sił pomocniczych. Wydatki z funduszów rządowych wynosiły w ciągu pierwszych miesięcy, od maja do września, podobno pół miliona koron, czterykroć więcej, niż w czasach zwykłych, nie dość jednak jeszcze w stosunku do potrzeb. Komitet biskupi krakowski stworzył 3 ruchome kolumny sanitarne (pierwsi kierownicy: Dr Aleksandrowicz, Dr Mażylis, Dr Bujak), urządzające szpitale i ambulatorya w najciężej dotkniętych okolicach Galicyi i Królestwa i zaraz z początku wysłał 5 wędrownych ekspedycyi ze szczepionkami. (Ks. biskup Sapieha przeznaczył na stworzenie kolumn przyznaną sobie przez Akademię Umiejętności nagrodę z fundacyi Jerzmanowskiego). Obok tego Komitetu działało w zwalczaniu epidemii Towarzystwo Czerwonego Krzyża ze Lwowa. Połączona praca przygasiła część epidemii nadspodziewanie szybko, głównie dzięki pełnej poświęcenia działalności lekarzy; im też wyraziła c. k. Krajowa Rada zdrowia najwyższe uznanie na posiedzeniu w d. 11 września 1915 we Lwowie, jedynem, jakie od początku wojny dotąd odbyć się mogło, a zapełnionem wyłącznie sprawozdaniem c. k. krajowego referenta sanitarnego, dr. Lachowicza, ze stanu i ze zwalczania epidemii i rozprawami nad dalszą w tym względzie akcyą. — W Królestwie pod zarządem austryackim do pomocy lekarzom rządowym obwodowym powołano siły miejscowe, jako lekarzy okręgowych i gminnych, urządzono gromadne szczepienia, asanacyę studzien, kursy dla desynfektorów. Wysiłek lekarzy, zwłaszcza w okolicach, gdzie toczyły się walki, scharakteryzowały nieprzesadnie słowa jednego z kolegów, przytoczone w dziennikach: »Lekarzowi ręce opadają. Rozsadnikiem jest nędza. Studnie wszystkie zakażone. Pobrzeże rzek jedną wielką stajnią, każda piędź ziemi przesiąkła gnojem, woda przepojona bakteryami«. Toteż i naszych lekarzy wielu padło ofiarą epidemii.

Na równi z lekarzami rządowymi i epidemicznymi zasłużyli się z pewnością lekarze, pozostali przez cały czas na swych stanowiskach w kraju, a przeciążeni pracą od początku wojny wskutek powołania bardzo wielu kolegów do służby w armii i wskutek tego, że część lekarzy, chroniąc się przed nawałą wojenną, kraj opuściła. (Ci wypełniali czasowo szczerby w personalu lekarskim w głębi państwa: większość powróciła, zaraz po odsunięciu się linii walk, do pracy w kraju nieraz wśród braku pierwszych potrzeb życiowych; niewielką ociągającą się resztę poleciło Ministeryum spraw wewnętrznych rozporządzeniem z 3 sierpnia 1915 usunąć ze stanowisk, zajmowanych w głębi Austryi, o ile nie są tam niezbędnie potrzebni, a lekarzy, mających w Galicyi stanowiska publiczne, bezwzględnie). Przejścia wielu lekarzy, którzy wytrwali na posterunku, wymagały nieraz poprostu bohaterstwa. Wiemy o wiekowych, schorowanych kolegach, którzy spieszyli do chorych przez przestrzenie, zasypywane pociskami; inni — nie przerywali operacyi, choć szrapnele pękały tuż obok okna sali operacyjnej i nieciły pożary w szpitalu (Stanisławów[1]). Godzi się pamięć o takich i podobnych faktach przechować; niechby koledzy, którzy byli ich uczestnikami, lub mają o nich wiadomości, spisali je i przynajmniej złożyli je w Muzeum historyi medycyny polskiej przy Wydziale lekarskim krakowskim, gdyby ich teraz nie chcieli opublikować. Z tych zapisków złoży się zarazem ciekawy materyał do dziejów naszych szpitali w Galicyi i Królestwie; koleje tych szpitali były często osobliwe.

O pracy i trudach lekarzy-Polaków z Galicyi, wcielonych do armii, nie czas jeszcze pisać, zanim te trudy nie ukończone, zwłaszcza też wobec braku wiadomości o kolegach-Polakach, pełniących swe ciężkie obowiązki w innych armiach. Powołani do wojska koledzy z Galicyi otrzymali wiele odznaczeń za ofiarną i mężną działalność humanitarną. Oprócz zobowiązanych do służby w armii ofiarowało się wielu dobrowolnie na usługi cierpiących i rannych, bądź w szpitalach wojskowych lub Czerwonego Krzyża, bądź w domach dla ozdrowieńców.

Warunki bytu lekarzy pogorszyła wojna w całej Polsce niezmiernie, z wyjątkiem niewielkiego stosunkowo odłamu z pośród najmłodszych, dla których wcielenie do armii było poprawą stosunków materyalnych. Wszystkim innym daje się już teraz we znaki wyludnienie i ogólne zubożenie, trudności komunikacyi i tym podobne przyczyny upadku klienteli; bardzo wielu przy przejściu nawały wojennej przez Galicyę i Królestwo poniosło szkody, a nieraz nie miało wraz ze współobywatelami swej siedziby gdzie mieszkać i co jeść; losów takich nie zaznali lekarze w innych krajach, leżących zdala od pola walk. Płaca wcielonych do armii austryackiej lub powołanych do szpitali wojskowych lekarzy starszych wiekiem nie dorównuje też ich zwykłym dochodom z praktyki, pomimo dodatków, uzyskanych za staraniem Wydziału wykonawczego Izb lekarskich austryackich. Ale

[1]) Nowa Reforma Nr 482 z r. 1915.

straty materyalne ponieśli lekarze Polacy wraz z całem społeczeństwem, a los ich pod tym względem wcale nie jest gorszy od losu innych tak zwanych wolnych zawodów intelektualnych. W niezmiernie trudnem natomiast położeniu znalazły się w Galicyi wdowy i sieroty po lekarzach, wspomagane w zwykłych czasach przez instytucye filantropijno-lekarskie, a odcięte przez szereg miesięcy linią walk od tego źródła wsparć, jakiem były Izby lekarskie, Towarzystwo lekarzy galicyjskich i Związek lekarzy Galicyi.

Izby lekarskie galicyjskie wskutek wcielenia do armii wielu lekarzy i wogóle wskutek wojny straciły znaczną część pola działalności w sprawach zawodowo-lekarskich, nie przestawały natomiast działać w zakresie filantropijnym. Wydział Izby wschodnio-galicyjskiej, w czasie zajęcia Lwowa przez Rosyan będąc prawie w komplecie, udzielał wsparć wdowom w swoim okręgu, o ile pozwalały stosunki komunikacyjne; Wydział Izby zachodnio-galicyjskiej od podsunięcia się Rosyan pod Kraków w listopadzie z. r. urzędował w Wiedniu, odbywając tam co miesiąc posiedzenia od stycznia do maja i zaopatrując wdowy, sieroty, jak również rodziny lekarzy, odciętych od nich przez wypadki wojenne, zastępując także Izbę lwowską względem osób, które uszły ze wschodniej Galicyi na Śląsk, Morawy, do Czech i Austryi. Po wyparciu Rosyan z Galicyi powróciły obie Izby do normalnej działalności. W lecie r. b. zwróciły się obie z przedstawieniami do Namiestnictwa galicyjskiego w sprawach sanitarnych. — W znacznie trudniejszem położeniu znalazło się Towarzystwo lekarzy galicyjskich; na pole walk poszło kilku członków Rady zawiadowczej (sekretarz generalny, dr. Zabłocki, dostał się potem w Przemyślu do niewoli rosyjskiej), prezesa, prof. Macheka, przebywającego na kuracyi, odcięły wypadki wojenne od kraju, a potem od Lwowa, siedziby Rady. Energia prezesa pokonała jednak trudności i wszystkie stałe wsparcia zostały wypłacone we właściwym czasie tym wdowom i sierotom, które przebywały na zachód od linii bojowej (a wiele uszło tu było przed nawałą wojenną), innym zaś częścią przez pozostałego we Lwowie skarbnika Towarzystwa, częścią dopiero po wyparciu Rosyan z Galicyi. W czynnościach swoich porozumiewał się prezes, o ile stosunki pozwalały, listownie z członkami Rady zawiadowczej. — Najbardziej zdekompletowała wojna zarząd Krajowego Związku lekarzy Galicyi; mimo to działalność filantropijna nie przerwała się, a prowadził ją prezes Związku dr. Damski.

Zupełnie nowy zakres działania i konieczność nowego w tym celu zrzeszenia lekarskiego powstały przez utworzenie się Legionów polskich, dla których trzeba było zorganizować cały dział sanitarny. Istniejące już dawniej stowarzyszenie »Samarytanin polski« oddało się w tym względzie z inicyatywy swego prezesa, ś. p. prof. Wicherkiewicza, 20. sierpnia 1914 na usługi Naczelnego Komitetu Narodowego, do którego prof. Wicherkiewicz został powołany. Niezależnie od tego wybrany został z ramienia Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Krajowego Związku lekarzy »Komitet lekarski«, organizujący stronę sanitarną pierwszych oddziałów, które wyruszyły na plac boju. Komitet złączył się z Sekcyą lekarską, utworzoną przez »Samarytanina«, i w ten sposób powstał Oddział sanitarny Departamentu wojskowego Naczelnego Komitetu Narodowego w następującym składzie: szef prof. Wicherkiewicz, jego zastępca dr. Janiszewski (naczelny lekarz miasta Krakowa), członkowie dr. Damski (prezes Kraj. Związku lekarzy), dr. Jankowski, prof. Rutkowski, dr. Ludwik Schneider, dr. Schoengut (prezydent Izby lek.), dr. H. Sikorska, dr. Staszewski. Wytężona praca tego Oddziału zaopatrzyła Legiony w odpowiedni personal lekarski i sanitarny, w materyał sanitarny, pokonała trudności badania lekarskiego zgłaszających się do Legionu ochotników, zorganizowała pierwsze szpitale dla legionistów. W dalszym ciągu zorganizował Oddział opiekę nad rannymi i chorymi legionistami w innych krajach Austryi, uzyskawszy między innymi skupienie ich w Wiedniu w jednym szpitalu. W czasie ewakuacyi Krakowa, gdy front bojowy znajdował się blizko tej twierdzy, urzędował Oddział sanitarny wraz z innymi Oddziałami Naczelnego Komitetu w Wiedniu.

Organizacyi i dziejów służby lekarskiej i sanitarnej w Legionach w czasie walk niepodobna tu dziś przedstawić; mogą być one dokładnie zebrane dopiero w przyszłości. Ogólny zarys dotychczasowej działalności Oddziału sanitarnego N. K. N. oraz wykaz tworzonych czasowo w różnych miejscowościach szpitali legionowych, domów dla ozdrowieńców i t. d. (z małym wyjątkiem dziś zwiniętych) został już ogłoszony drukiem na zasadzie źródłowego materyału [2]).

Trudno było w czasie wojny utrzymać tok swych czynności polskim Towarzystwom lekarskim naukowym, wobec oddalenia się przeważnej liczby członków na plac boju, a pochłonięcia większości tych nawet, którzy mogli pozostać na miejscu, przez wielką pracę w szpitalach. Z galicyjskich Towarzystw naukowych było lwowskie wskutek zajęcia Lwowa przez Rosyan przez rok nieczynne; warunki jego są i dziś bardzo trudne, jednakże już w listopadzie r. b. odbyło się pierwsze po przerwie posiedzenie. Krakowskie Towarzystwo, zawiesiwszy na razie swe czynności w sierpniu 1914 (w porze zwykłych zresztą feryi), zebrało się pod koniec roku, aby przedłużyć mandaty członków zarządu prowizorycznie na rok następny, odbyło zaś posiedzenia naukowe w lutym i marcu 1915; od listopada 1915 wróciła czynność Towarzystwa na zwykłe tory [3]). W prowincyonalnych oddziałach Towarzystwa lekarzy galicyjskich musiała siłą rzeczy ustać wszelka praca. W Królestwie odbywało posiedzenia Towarzystwo lekarzy Zagłębia dąbrowskiego, które wcześnie znalazło się poza linią walk; o losach innych Towarzystw prowincyonalnych w Królestwie, ani o losach Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, nie zdołaliśmy się dotąd dowiedzieć. Warszawskie Towarzystwo higieniczne było czynne; zdołało też ukończyć budowę swego domu, który uroczyście otwarto w połowie grudnia r. b. Znaczną część tej działalności naukowo-lekarskiej, którаby była w czasach pokojowych znalazła wyraz w Towarzystwach lekarskich w Galicyi, pochłonęły zebrania naukowe lekarzy wojskowych, odbywane w różnych miejscowościach [4]). Pod tym względem działo się zresztą podobnie i w Towarzystwach lekarskich zagranicznych, które jednakże, znajdując się poza terenem walk, nie były, jak nasze, zmuszone czynności swych całkowicie przerywać.

I na drugiem polu, na którem praca naukowa znajduje swój zewnętrzny wyraz, to jest w zakresie czasopiśmiennictwa lekarskiego, wywołała wojna przymusowy zastój. Gdy największe nawet czasopisma zagraniczne musiały znacznie zmniejszyć swe ramy, a niejedno zupełnie zwinąć wydawnictwo (m. i. najstarsze pismo w Austryi »Wiener allg. mediz. Zeitung« i niewiele młodsze »Prager med. Wochenschrift«), nic dziwnego, że z polskich czasopism lekarskich w Galicyi i Wielkopolsce nie mogło wychodzić ani jedno i dopiero przed 3 miesiącami zdołaliśmy wznowić »Przegląd«, zarazem w czasowem zastępstwie lwowskiego »Tygodnika«, a może, jak słychać, zaczną ponownie wychodzić poznańskie »Nowiny«. O losach czasopism lekarskich warszawskich nie zdołaliśmy się dotąd nic pewnego dowiedzieć.

Zastój w czynnościach Towarzystw lekarskich i w wydawnictwach nie oznaczał jednak bynajmniej, by praca naukowo-lekarska w Polsce ustała. Przeciwnie; główne jej warsztaty w najtrudniejszych nawet chwilach nie spoczywały. Dość liczne publikacye polskich lekarzy wyszły wobec zawieszenia czasopism polskich — w języku niemieckim. W rękopisie przygotowanych jest znaczna ich liczba, zarówno z oddziałów szpitalnych, jak przedewszystkiem z zakładów uniwersyteckich [5]). Opracowywanie ich bowiem nie przerywało się nawet w czasie przymusowej przerwy w działalności dydaktycznej obu naszych uniwersytetów, a obciążenia znacznej większości personalu Wydziałów lekarskich pracą w szpitalach wojennych.

We Lwowie trwała przerwa w nauczaniu uniwersyteckiem przez cały rok szkolny [6]). Rosyanie po zajęciu miasta wydali

---

[2]) Legionista polski, kalendarz Naczelnego Komitetu Narodowego na r. 1916. (Kraków 1915), na str. 126 i XLII. Brak w tem sprawozdaniu wykazu kolegów, którzy jako ochotnicy-lekarze dzielili trudy wojenne Legionów na polach walk, (spis lekarzy, czynnych w szpitalach, podano); może będziemy mogli później wykaz ten podać, by w ten sposob dorzucić dalszy szczegół do dziejów tej sprawy.

[3]) Posiedzenia naukowe odbyły się 10, 17 i 24 listopada. W d. 15. XII 1915 obok posiedzenia naukowego odbyło się także posiedzenie wyborcze, na którem wybrano nowy następujący Zarząd: Prezes: Prof. Piltz, wiceprezes: Prof. Ciechanowski, sekretarz doroczny: Dr Borowiecki (wszyscy trzej na jeden rok); sekretarz stały: Prof. Nitsch, bibliotekarz: Dr Blassberg (obaj na 2 lata — dla dopełnienia kadencyi); redaktor »Przeglądu lek.«: Prof. Ciechanowski, podskarbi Komisyi redakcyjnej: Dr Wojciechowski (obaj na całą trzechletnią kadencyę).

[4]) W Krakowie zorganizował je prezes Towarzystwa lekarskiego, prof. Kader, jako szef c. i k. szpitala klinicznego twierdzy.

[5]) Prace, wykonane lub wykończone w czasie wojny w zakładach krakowskiego Wydziału lekarskiego, wymienione są w fejletonach St. Ciechanowskiego o polskich Wydziałach lekarskich w »Wiener medizinische Wochenschrift« 1915. Nr 1, 11, 12. Spis ten obejmuje jednak tylko prace, przygotowane przed końcem stycznia 1914; od tego czasu liczba ich znacznie wzrosła. O pracach, wykonanych w lwowskich zakładach uniwersyteckich, obacz dalej w tekście.

[6]) Część pozostałej we Lwowie młodzieży uniwersyteckiej z Wydziału lek. skupił na swoim oddziale prof. Wiczkowski, gdzie kształciła się klinicznie, a równocześnie korzystała w zakresie anatomiczno-patologicznym

w tym względzie zakaz; zresztą i grono nauczycielskie było przerzedzone; niektórych zaskoczyła wojna w czasie feryi zagranicą, inni zdążyli wyjechać ze Lwowa tuż przed zajęciem. Z Wydziału lekarskiego pozostali we Lwowie profesorowie i docenci: Beck, Markowski, Bądzyński, Prus, Kucera, Schramm, Herman, Barącz, Ziembicki (zmarł w maju 1915), Czarnecki, Łukasiewicz, Jurasz, Raczyński, Sieradzki, Wiczkowski, Orzechowski, prowadząc oprócz swoich zakładów także zastępczo zakłady nieobecnych. Zakłady kliniczne i oddziały szpitalne, jeszcze przed zajęciem Lwowa przez Rosyan obrócone na szpitale wojenne, pełniły tę rolę i później bez zmiany kierownictwa. Pracownie zakładów teoretycznych uniknęły w czasie zajęcia Lwowa przez Rosyan kwaterunków i t. p. (które zresztą kilkakrotnie im zagrażały), nie poniosły też żadnych szkód w urządzeniach. Uchronili je od tego przedewszystkiem profesorowie Beck (któremu władze rosyjskie nałożyły, jako byłemu rektorowi, odpowiedzialność za całą wszechnicę, a który potem przypłacił to jeszcze uwiezieniem przez Rosyan, jako zakładnik), Sieradzki i Kucera. Przedmioty, wypożyczone z zakładów, oddane zostały w porządku. W zakładzie anatomii opisowej urządzili lekarze wojsk rosyjskich jeden kurs samarytański; pracę zakładu bakteryologiczno-higienicznego i sądowo-lekarskiego wyzyskiwały władze rosyjskie dla swoich celów, bez wynagradzania personalu; za pracę lekarzy w szpitalach wypłacały honorarya (prócz szpitala krajowego, który obsługiwał tylko ludność cywilną, a zredukowane znacznie płace personalu pokrywał z własnych zasobów i z zaliczek Banku krajowego). Praca zakładu bakteryologicznego miała wielki wpływ na zwalczanie epidemii wśród ludności cywilnej; toteż władze rosyjskie liczyły się bardzo ze zdaniem dyrektora tego zakładu i zasięgały jego opinii; później potworzyli Rosyanie przy szpitalach własne pracownie bakteryologiczne, zakład ten więc miał już mniej pracy. W stosunkach z władzami rosyjskiemi używano języka polskiego. Zakłady uniwersyteckie lwowskie zwiedzało bardzo wielu lekarzy rosyjskich, wyrażając się z wielkiem uznaniem o ich urządzeniu: m. i. zwiedzali je też Polacy: dyrektor Instytutu medycyny doświadczalnej z Petersburga dr. Dzierżgowski i szef departamentu weterynaryjnego Dżunkowski. — Pracę naukową utrudniały w zakładach uniwersyteckich straszne wrażenia i przejścia wojenne, przeciążenie zajęciami praktycznemi, a w zimie — brak opału (zapasy uniwersyteckie zarekwirowano i dopiero na interwencyę Petrogradzkiej Akademii Umiejętności z inicyatywy jednego z wybitnych przyrodników rosyjskich, zwiedzających Lwów — trochę zwrócono). Mimo to m. i. opracowali: Prof. Beck dalsze badania z zakresu fizyologii układu nerwowego, prof. Markowski rozwój sierpa mózgowego i namiotu móżdżku, przyczynki do rozwoju tętnic mózgowych, do morfologii zatoki poprzecznej, do rozwoju czaszki pierwotnej człowieka, metodę nastrzykiwania naczyń, doc. Orzechowski patogenezę chorób myotonicznych, prof. Raczyński trawienie tłuszczów u oseska z wrodzonem zarośnięciem przewodu żółciowego, prof. Kucera szereg broszur popularno-higienicznych (wydanych drukiem przez Komitet ratunkowy lwowski) i szereg tematów bakteryologicznych, prof. Bądzyński polski podręcznik chemii lekarskiej, prof. Sieradzki bogatą kazuistykę sądowo-lekarską. (Wszystko to na razie musiało pozostać w rękopisie). Ten spis nie jest zupełny[7]) i sięga tylko do października b. r., to jest do chwili, kiedy Wydział lekarski lwowski rozpoczął na nowo pełną swą działalność. Na zimowe półrocze 1915/16 wpisało się we Lwowie na medycynę (do 20. XI.) 134 słuchaczy.

z sekcyi i krótkich przy tem wykładów prof. Sieradzkiego. Egzaminów lekarskich Rosyanie zakazali; pod koniec dopiero zezwolono na egzamina »końcowe«; odbyło się tylko kilka z zastrzeżeniem zatwierdzenia przez władze austryackie, co też się stało.

Uniwersytet krakowski przerwać musiał swą działalność dydaktyczną przez jedno półrocze. Pomimo wszelkich trudności, wywołanych przez wojnę, a szczególnie wielkich z tego powodu, że Kraków jest twierdzą, pomimo objęcia służbą wojskową wielu członków Wydziału lekarskiego (18 na 40), zajęcia wszystkich klinik i większości zakładów na szpitale wojenne, powiodło się przez usilne starania już wszystko przygotować do regularnego nauczania, gdy przysunięcie się walk pod sam Kraków, częściowe opróżnienie i w końcu zamknięcie tej twierdzy w listopadzie r. 1914 przekreśliło wszelkie rachuby. Prawie cała reszta młodzieży, niepowołanej do wojska, musiała Kraków opuścić; nie było więc dla kogo wykładać, choć niemal wszyscy wykładający pozostali na posterunku, bo nawet pełniącym służbę wojenną przeważnie przydzielono pracę lekarską w twierdzy, (pracę, jak się jednak okazało bardzo znaczną od chwili, gdy w Krakowie posłyszano grzmot dział, nieustający potem przez szereg tygodni). Dotkliwy był brak sił pomocniczych, asystentów i demonstratorów, bądź w armii austryackiej (38), bądź dobrowolnie w Legionach (11) przebywających poza Krakowem, na samych frontach bojowych; po odliczeniu chorych i internowanych zagranicą rozporządzał wtedy Wydział lekarski tylko 9 z 62 sił pomocniczych. Mimo tych wszystkich przeszkód odbywały się egzamina lekarskie i nie przerywała się praca w zakładach i klinikach; gdzie brakło pomocy, pełnili całą pracę sami kierownicy. Toteż dorobek naukowy tego okresu, jak wyżej wspomniano, jest wcale pokaźny. Usilnym zabiegom Uniwersytetu powiodło się przytem wyjednać utworzenie ze wszystkich klinik jednego »Klinicznego szpitala twierdzy« i oddanie kierownictwa oddziałów tego szpitala w ręce ich kierowników uniwersyteckich. Szefem tego szpitala został mianowany prof. Kader. Zakłady medycyny teoretycznej, o ile nie były zajęte na cele wojskowe, oddały w tymże czasie wielką usługę szkolnictwu średniemu, ofiarowane mu do użytku przez Wszechnicę na miejsce gmachów tych szkół, obróconych na szpitale. W tymto czasie dwóch profesorów Wydziału powołały władze do zarządu miastem w czasie zawieszenia czynności Rady miejskiej; prof. Nowak czas pewien w najcięższych chwilach piastował władzę wyłącznie, jako Komisarz cywilny (to jest istotny naczelnik miasta), a sprawował ją nader dzielnie i pomyślnie z ogólnem uznaniem i zadowoleniem ludności; przez szereg zaś miesięcy z trzech wiceprezydentur miasta dwie sprawowali prof. Nowak i prof. Kostanecki.

Szczególne warunki życia w twierdzy, częściowo opróżnionej i zamkniętej, znikały stopniowo w miarę odsuwania się frontu bojowego na wschód, ustępując miejsca normalniejszym stosunkom. Uniwersytet nie szczędził starań bardzo usilnych, aby jaknajrychlej spełniać znowu wszystkie swoje zadania, i po pokonaniu wielkich trudności, uzyskawszy pozwolenie władz, zdołał z niewielkiem tylko opóźnieniem otworzyć półrocze letnie 1914/5.

[7]) Tymczasem dodać do niego należy świeżo wydany dwutomowy podręcznik fizyologii, opracowany pod redakcyą prof. Cybulskiego z Krakowa i prof. Becka ze Lwowa zbiorowemi siłami; ze Lwowa uczestniczyli w tej pracy Beck, Bądzyński, Panek, Piasecki, Rothfeld, Sieradzki, Zbyszewski.

W półroczu tem odbywały się na Wydziale lekarskim wykłady i zajęcia we wszystkich gałęziach, z pewnem jednak dostosowaniem do niekorzystnych jeszcze i wówczas warunków. Poprawiły się one jednak pod jesień o tyle, że zimowe półrocze r. 1915/6 mogło się rozpocząć w zwykłym czasie i z normalnym programem. Na to półrocze zapisało się do 15. X. na Wydział lekarski 203 słuchaczy.

Do grona wykładających przybyły przez ten czas w krakowskim Wydziale lekarskim dwie nowe siły. Z zakresu higieny publicznej i społecznej habilitował się dr. Tomasz Janiszewski, naczelny lekarz miasta Krakowa; z zakresu położnictwa i ginekologii dr. January Zubrzycki, asystent kliniki prof. Rosnera. Docent medycyny wewnętrznej, dr. Latkowski, mianowany został profesorem nadzwyczajnym; tytularni profesorowie dr. Nowotny i dr. R. Nitsch profesorami nadzw. rzeczywistymi.

Po 44-letniej gorliwej pracy dydaktycznej ustąpił z Wydziału, osiągnąwszy ustawową granicę wieku, prof. dr. Stanisław Domański. Rozstając się z wieloletnim swym członkiem, który wobec Wszechnicy położył wielkie zasługi, będąc przez dziesiątki lat jedynym w niej profesorem neurologii, który licznemi publikacyami wzbogacił piśmiennictwo polskie, który przyczynił się do zebrania i ustalenia mianownictwa lekarskiego polskiego, dwukrotnie (1881 i 1905) uczestnicząc w opracowaniu »Słowników lekarskich polskich«, który równocześnie wieloletnią skuteczną pracą w Radzie miejskiej chlubnie się zapisał, — uczcił Go Wydział lekarski uroczystym adresem, dziękującym Mu za tyloletnią pracę i serdecznie podnoszącym Jego niezwykłe koleżeństwo.

Wpływ wojny na tok nauczania lekarskiego najwięcej zrządził oczywiście uszczerbku — uczącej się młodzieży. Przeważna jej część znalazła się w szeregach, przerywając swe studya na czas, nie dający się nawet określić. Wśród tych był spory zastęp blizkich już końca studyów, i dla tych oderwanie od związku ze studyami było najdotkliwsze, co nie ze wszystkiem mogą naprawić ułatwienia, przyznane im urzędownie w egzaminach. Z mniejszej części młodzieży, nie pełniącej służby wojennej, tylko mała stosunkowo garstka mogła w r. 1914/15 nie przerywać studyów; byli to ci, którzy mogli z Galicyi, tak wschodniej, jak i zachodniej, dostać się na zachód, a którzy posiadali obywatelstwo austryackie. Takich zaś, wobec dużego w ostatnich czasach udziału młodzieży z Królestwa w studyach w Galicyi, nie było wielu. A jeżeli pisma niemieckie ze zdumieniem podkreślały, że na 1130 słuchaczy medycyny w Wiedniu w letniem półroczu 1914/15 było aż 467 z Galicyi, to powinny były uwzględnić, że w czasach pokoju bywało w Wiedniu słuchaczy z Galicyi przeszło 300, i że z tych właśnie bardzo wielu pozostało wolnych od wojska. Największe szkody ponosiła młodzież z Królestwa; ci nieliczni, których wojna zaskoczyła w Galicyi, znaleźli podwoje wszechnic austryackich przed sobą zamknięte, a na przyjazd do Krakowa na letnie półrocze nie dostali pozwolenia władz; wszyscy zaś inni, przebywający w Królestwie, gdzie przy innym systemie poboru wojskowego wielu go uniknęło, żadnych nawet prób studyowania gdziekolwiek podjąć nie mogli.

Dla tej, przymusowo tak długo bezczynnej, a tak głodnej wiedzy młodzieży otwarły się jednakże teraz bramy Uniwersytetu, polskiego Uniwersytetu w Warszawie, który, tylokrotnie złośliwą ręką wroga niszczony, dziś znowu, jak feniks, odradza się z popiołów, świadcząc o niespożytej żywotności narodu, a o nieugiętej energii czynu i rozumie rodaków naszych w Królestwie.

Wśród najcięższych chwil, wśród tragicznych niepewności i obaw, zachowało społeczeństwo nasze w Królestwie jasną świadomość, czem dla nas jest oświata, znalazło siły i środki do zdumiewająco szybkiego położenia całego jej fundamentu i najdokładniejszego przygotowania wszystkich piąter budowy. Skoro zaś tylko zaświtała pierwsza możliwość zorganizowania Uniwersytetu, stworzono tam w nader krótkim czasie jego ustawę, program, personal i pomoce naukowe i samo społeczeństwo chciało dać mu środki materyalne. Otwarły go jednakże d. 15 listopada b. r. okupacyjne władze niemieckie, a rząd niemiecki łoży na jego utrzymanie.

W zmartwychwstałym polskim Uniwersytecie w Warszawie powstał odrazu także Wydział lekarski, ów trzeci nasz Wydział, od tylu lat upragniony. Stosownie do tego, że kursa całego Uniwersytetu mają być otwierane stopniowo, co roku dalsze, ma i Wydział lekarski warszawski w tym roku tylko kurs pierwszy i dlatego też, trzech tylko licząc wykładających, przyłączony jest na razie jako oddział propedeutyczno-lekarski do Wydziału przyrodniczego. Tymi trzema pierwszymi docentami są upatrzeni odrazu przez warszawski obywatelski Wydział oświecenia, a mianowani przez władze niemieckie: Dr Józef Brudziński, równocześnie rektor Wszechnicy warszawskiej, który wykłada propedeutykę lekarską, prof. Dr Leon Kryński, dziekan Wydziału, wykładający anatomię dróg moczowych, obaj z Warszawy, i doc. Dr Edward Loth ze Lwowa, wykładający anatomię ogólną.

Dr Józef Brudziński, ur. w Bolewie w Płockiem w r. 1874, szkoły średnie kończył w Warszawie, medycynę studyował w Dorpacie i Moskwie, gdzie uzyskał dyplom lekarski (1897). Kształcił się następnie w pedyatryi w klinice krakowskiej prof. Jakubowskiego, grackiej prof. Eschericha, paryskich prof. Granchera, Marfana i Hutinela. Od r. 1900 pracuje w Warszawie w Domu wychowawczym przy szpitalu Dz. Jezus, w r. 1904 zostaje lekarzem naczelnym szpitala dziecięcego Anny Maryi w Łodzi, w r. 1910 — szpitala dziecięcego im. Karola i Maryi w Warszawie. Wśród licznych prac jego pedyatrycznych, ogłoszonych w różnych językach, pierwsze miejsce zajmują spostrzeżenia nowych objawów nerwowych i badania z zakresu chorób trawienia. Założył i redaguje »Przegląd pedyatryczny«. Na swoich oddziałach wykształcił już szereg uczniów, którzy zajęli stanowiska lekarzy naczelnych w szpitalach dziecięcych w Królestwie. Na międzynarodowych zjazdach pedyatrycznych wywalczył utworzenie odrębnej sekcyi polskiej. Przy obsadzeniu katedry pedyatryi w Krakowie po ustąpieniu prof. Jakubowskiego wchodził bardzo poważnie w rachubę. Wielki talent organizacyjny, okazany przez Dr Brudzińskiego w obu najlepszych dziś w Polsce szpitalach dziecięcych, energia i dzielny charakter, wskazują, że rządy wznowionej Wszechnicy polskiej spoczęły w dobrem ręku, a dla lekarzy polskich chlubą jest, że pierwszego rektora tej Wszechnicy powołało społeczeństwo z ich grona.

Dr. Leon Kryński, ur. w Warszawie w r. 1868, ukończył tamże uniwersytet, chirurgię studyował w Berlinie i w Krakowie, gdzie był asystentem kliniki prof. Rydygiera i gdzie w r. 1891 uzyskał dyplom doktorski. W r. 1895 habilitowany przez Wydział lekarski, wykładał chirurgię jako docent do r. 1901; w tym roku otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. W r. 1903 przesiedlił się do Warszawy, gdzie w r. 1906 objął kierownictwo oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Ducha, a w Towarzystwie naukowem obrany został wiceprezesem. Liczba jego prac nauko-

wych w różnych językach dobiega 90; oprócz pola chirurgicznego pracował nad mianownictwem lekarskiem polskiem, wydając w r. 1905 »Słownik lekarski polski« wspólnie z prof. Browiczem, Ciechanowskim i Domańskim.

Dr. Edward Loth, ur. w Warszawie w r. 1889, studya uniwersyteckie odbył zagranicą, uzyskując w Zurychu dyplom doktora filozofii, a w Heidelbergu — doktora medycyny. W zakresie anatomii i antropologii pracował jako asystent uniwersytetów w Bonn, Göttingen i Heidelbergu, od niedawna jako docent Uniwersytetu lwowskiego. Ogłoszone dotąd prace naukowe dra Lotha dotyczą przeważnie antropologii. Z wybuchem wojny wstąpił jako lekarz do 3. pułku Legionów polskich; do wykładów w Warszawie został odwołany wprost z szeregów.

Na Wydział lekarski warszawski garnie się tłumnie młodzież, łaknąca polskiego nauczania, którego tak długo brakło w sercu i stolicy Polski. Do tej chwili wpisało się na pierwszy rok Wydziału lekarskiego w Warszawie 525 słuchaczy, tak, że wobec tak wielkiej ich liczby będą mogli w ćwiczeniach anatomicznych uczestniczyć ci tylko, którzy mają całkowity egzamin dojrzałości ze szkół klasycznych; inni, dopiero po złożeniu egzaminu z łaciny, w III półroczu studyów.

Otwarcie polskiej Wszechnicy w Warszawie jest dla całej Polski promieniem, rozjaśniającym ciężki mrok ubiegłego okresu wojny. Pokrzepieniem niech będzie, że kronikę tego roku zamyka ten przebłysk nadziei, ta wschodząca dla polskiej nauki zorza. Niechże Wszechnica warszawska i jej Wydział lekarski będzie nigdy już nie przygasającem, życiodajnem słońcem polskiej nauki i niechaj zostanie na wieki najdroższą perłą wyswobodzonej Ojczyzny.

Ciechanowski.

Zmarli: Dr Antoni Dutkiewicz w 47 r. ż. w Kazmierzy wielkiej w kieleckiem, zaraziwszy się od chorego; ś. p. Dutkiewicz miał wzięcie jako dobry chirurg, a poza pracą lekarską brał żywy udział w pracy społecznej, założył Towarzystwo zaliczkowe, był prezesem Kółka rolniczego i i. — Dr Leon Peterseim, krakowianin, lekarz pułkowy, zmarł w niewoli rosyjskiej w Nowo-Mikołajewsku, z duru osutkowego, pełniąc służbę lekarską.

W Niemczech: słynny na cały świat prof. Paweł Ehrlich, twórca chemoterapii, bakteryologowie: Prowazek, Fischer, Cornet, ginekologowie Hegar, Olshausen, Fritsch, chirurg Sonnenburg, internista Lüthje, pedyatra Tobler, dermatolog Marschalko, dalej znakomity chemik Ludwig i biolog Boveri; w Londynie patolog Bastian; w Paryżu prof. Bouchard.

Bibliografia.

Fizyologia człowieka, opracowali Bądzyński, Beck, B. Cybulski, N. Cybulski, Dunin-Borkowski, Eiger, Godlewski, Koźniewski, K. W. Majewski, Marchlewski, Nowotny, Panek, Parnas, Piasecki, Pożerski, Pruszyński, Rosner, Rothfeld, Siedlecki, Sieradzki, Sosnowski, Szymanowski, Zbyszewski, pod redakcyą Adolfa Becka i Napoleona Cybulskiego, wydał Kaz. Rzętkowski z zapomogi Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1915. Dwa tomy, str. 661+715. Cena za dwa tomy rubli 8. — Donosząc na razie krótko o ukazaniu się z druku podręcznika fizyologii, stworzonego zbiorowemi siłami, a tak potrzebnego po wyczerpaniu podręcznika prof. Cybulskiego, wkrótce podamy dokładniejszą o nim wiadomość.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich (ostatnie zeszyty, jakie nas doszły):

Lwowski Tygodnik lekarski Nr 29—31 z r. 1914: Grossek: Zimnica we Lwowie (29). — Pechkranc: Rozszczepienie klatki piersiowej boczne (30). — Rothfeld i Siengalewicz: Badania doświadczalne nad zachowaniem się płynu mózgordzeniowego pod wpływem ostrych zatruć, wywołanych tlenkiem węgla, arsenem i ołowiem (30). — Bednarski: Dwa przypadki wydobycia odłamków kapsli z przedniej komory oka (30). — Sołtysik: Niezwykły przypadek sodomii (30). — Ziembicki: Przyczynek do chirurgii torby sieciowej (30). — Progulski: O rokowaniu u dzieci zakażonych gruźlicą w I. roku życia (30—31). — Skałkowski: O stanowisku lekarza wobec spraw t. zw. wypadkowych (31).— Horowitzówna: Opieka rodzinna nad umysłowo chorymi we Francyi (31).

Nowiny lekarskie Z. 8 z r. 1914: Bujwid: Najprostszy sposób dezynfekcyi rąk i niektórych narzędzi. — Jaworski: Neomaltuzyanizm ze stanowiska higieny społecznej i indywidualnej. — Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze skóry owłosionej. — Serkowski: O gronkowcach chorobotwórczych. — Dobrzyński: Rozwój idei miast-ogrodów w Królestwie Polskiem.— Wielowiejski: W sprawie oczyszczenia wód odpływowych. — Gantkowski: Z dziedziny partactwa w lecznictwie. — Rosenberg: Seksologia jako nauka ścisła.

Przegląd pedyatryczny T. VI. Z. 4: Erlichówna: Limfogranulomatoza i stany jej pokrewne. — Bondy: Przypadek obrzęku śluzowatego u dziewczynki 7-letniej. — Kopeć: Przypadek obrzęku śluzowatego u 16-letniej dziewczynki. — Stankiewicz: Przypadek mongołowatości u oseska 8-miesięcznego. — Łyskawiński: Centralny dolnoaustryacki przytułek dla dzieci w Wiedniu.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. Z. 2 z r. 1914: Nowicki: Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego.

Słowo lekarskie Nr 14 z r. 1914: XIV Wiec Związku lipskiego. — Sekcya jarosławska Tow. lek. galicyjskich. — Fischer: Honoraryum lekarskie. — Roszczenia w sprawie donoszenia o chorobach zakaźnych wedle ustawy o chorobach zakaźnych.

Głos lekarzy Nr 15—16 z r. 1914: Papée: W sprawie lekarzy więziennych (15). — Mikołajski: Lwów, jego gospodarka sanitarna i stosunki zdrowotne (15). — Rozporządzenia wykonawcze do ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych (15). — Memoryał lekarzy jarosławskich o partactwie leczniczem (15). — Mobilizacya (16). — Informacye w sprawie donoszenia o chorobach zakaźnych (16). — Wiczkowski: Walka z gruźlicą (16). — Polak: Organizacya higieny publicznej w Polsce (16). — Mischke: Wykonawczość w sprawach higieny (16).

Redakcya otrzymała: Korczyński: 1) Letal verlaufende paratyphöse Enteritis (Wiener klin. Woch. 1915). — 2) Das chronische Duodenalgeschwür (Österr. Ärzteztg. 1914). — 3) Sporadischer Fall von Anguillulasis intestinalis. — 4) Zur Klinik infantiler Hypothyreose. — 5) Rückfallfieber (Med. Klinik 1915).— Bogdanik: Erfahrungen mit der künstlichen Höhensonne. Ein Schutzmantel und Abstandmesser (Klinisch ther. Wochenschr. 1915). — A. Sawicki: Ein Infektionsschutzschlüssel (Mediz. Klinik 1915). — Gieszczykiewicz i Sierakowski: Ein choleraähnlicher Vibrio (Centralbl. f. Bakteriologie 1915). — Schalit: 1) Gedanken über die Lokalanaesthesie in der Zahnheilkunde (Zahnärztl. Rundsch. 1915). — 2) Bemerkungen über Speicheldrüsen- und Nebenhodenentzündung (Med. Klinik 1915). — Mayer: Über eine Methode, eminent grössere Röntgenstrahlenmengen als bisher zu erreichen (Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenst. T. XXI). — Rossberger: Zur Aetiologie des Flecktyphus (Wiener klin. Woch. 1915).

Redakcya prosi autorów prac, nadsyłanych dla »Przeglądu lekarskiego« o treściwość, o ograniczenie się w przytaczaniu piśmiennictwa do rzeczy bezwarunkowo niezbędnych, w opisach spostrzeżeń do szczegółów istotnie ważnych.

Członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich korzystają w otrzymywaniu czasopisma z praw dotychczasowych, o ile opłacą należące się do Towarzystwa wkładki.

Do grona wydawców »Przeglądu lekarskiego« przyłączył się drugi z poza Krakowa kolega, L. Motyka z Krakowca.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.